Voir les résumés français à la fin du numéro.

ROCZNIK
PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

Założony
przez
Ś. P. PROF. DR. RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA

ZESZYT XXIV

1935.

Adres Redakcji: Warszawa, ul. Matejki 6 m. 1.
Adres Administracji: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego
ul. Konwiktorska 7. Konto czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 10 złotych.

Zeszyt niniejszy, 1-szy z roku 1935, ukazał się dnia 5 kwietnia 1935 r.

Voir les résumés français à la fin du numéro.

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

Założony
przez
Ś. P. PROF. DR. RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA

ZESZYT XXIV

1935.

Adres Redakcji: Warszawa, ul. Matejki 6 m. 1.
Adres Administracji: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego ul. Konwiktorska 7. Konto czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 10 złotych.

114

Zeszyt niniejszy, 1-szy z roku 1935, ukazał się dnia 5 kwietnia 1935 r.

Z oddziału neurologicznego szpit. św. Łazarza w Krakowie
(Prym. doc. *Eug. Artwiński*).

O GENOTYPICZNEJ KONSTYTUCJI PSYCHICZNEJ [1]).

podał

JÓZEF KIRSCHNER.

Zagadnienie, jaką rolę w powstawaniu nerwic odgrywa *konstytucja*, a jaką czynniki świata „zewnętrznego", a więc z jednej strony zdarzenia, poprzedzające i wywołujące drogą *reakcyj psychicznych* wystąpienie objawów nerwicowych, z drugiej zaś strony *cielesne bodźce* chorobotwórcze, np. zatrucia, zakażenia, urazy mechaniczne i t. d. Zagadnienie to ma znaczenie dla szeregu gałęzi nauk przyrodniczych: dla psychologji i kliniki, dla nauki o dziedziczności i dla eugeniki, dla higjeny psychicznej i orzecznictwa ubezpieczeniowego i t. d.

Dzisiaj nie ulega już chyba wątpliwości, że konstytucja człowieka, który zapada na nerwicę, odgrywa pierwszorzędną, bodaj czy nie decydującą rolę w stosunku do różnego rodzaju urazów. Autorzy jednak, mówiąc o znaczeniu *konstytucji psychicznej* w nerwicach, utożsamiają przeważnie stałe cechy osobowości chorego w czasie przed zadziałaniem na niego chorobotwórczego zdarzenia, wzgl. przed wystąpieniem objawów nerwicowych, z jego konstytucją psychiczną. Omawiają w ten sposób jednak *konstytucję fenotypiczną*, wynikłą z wzajemnego oddziaływania na siebie wrodzonych właściwości czyli *konstytucji genotypicznej*, oraz właściwości nabytych w ciągu życia na drodze wpływów kondycjonalnych, cielesnych i psychicznych. Przy badaniu jednostki mamy oczywiście zawsze do czynienia ze zjawiskami fenotypicznemi, jednakże oddzielenie epigenetycznie powstałych od odziedziczonych właściwości jest rzeczą pierwszorzędnej wagi. Nie ulega bowiem wątpliwości, że właściwości psychiczne, wynikające

---

[1]) **Odczyt wygłoszony na XIV Zjeździe Psychjatrów Polskich w Krakowie.**

z utrwalonych w masie dziedzicznej tendencyj, albo wcale nie, albo w małym tylko stopniu ulegają wpływowi stojących nam do dyspozycji czynników wychowawczych wzgl. leczniczych — w odróżnieniu od właściwości wtórnych[1]), że prognoza więc tych objawów i schorzeń psychicznych, które w głównej mierze zależą od dziedzicznej struktury psychicznej, polega w przeważającej części na normach, z tej struktury wynikających. Jeśli zaś weźmiemy jeszcze pod uwagę, że człowiek sam wybiera lub stwarza sobie odpowiednie do swych wrodzonych skłonności środowisko, które znów ze swej strony, lecz właściwie już tylko wtórnie, oddziaływa na jego osobowość (*Kretschmer* np. wskazuje na to, że pewne osobistości przeżywają typowe, charakterystyczne dla nich konflikty i że same często prowokują zdarzenia, których przeżycie wywołuje u nich objawy nerwicowe), to tem większą wagę przypisywać musimy wrodzonym właściwościom psychicznym i tem większy nacisk położyć na konieczność uchwycenia w „osobie empirycznej" zespołu cech, stanowiących odziedziczony, *biologiczny trzon osobowości*.

Postulat jasny, lecz spełnienie jego niezmiernie trudne, jeśli się chce pozostać na przyrodniczym gruncie doświadczenia i możliwie objektywnej obserwacji. Jakież metody badania stoją nam tu do dyspozycji? Badanie jednostki nie prowadzi do pewnych rezultatów, gdyż nie posiadamy dostatecznej możności osądzenia, jaki udział w powstaniu jakiejkolwiek właściwości psychicznej (sztucznie zresztą wyodrębnionej z jednolitej całości, jaką stanowi osobowość) posiadają pierwiastki genotypiczne, a jaki wpływy epigenetyczne. Ze stosunkowo jeszcze największem uzasadnieniem możemy przypuszczać, że te zjawiska psychiczne w życiu jednostki wypływają przedewszystkiem ze struktury masy dziedzicznej, które pojawiają się w dzieciństwie lub wczesnej młodości, trwają przez całe życie, ujawniając się w rozmaitych okolicznościach, i w małej chyba tylko mierze zmieniają się pod działaniem świata otaczającego; lecz i w tych wypadkach nie mamy zupełnej pewności co do ich dziedzicznego pochodzenia, gdyż zjawiska te mogły mimo wszystko powstać we wczesnym okresie rozwoju jednostki na skutek zadziałania jakichś czynników niedziedzicznych, np. chorób, wychowania, przyzwyczajenia i t. d. Dlatego do rozstrzygnięcia tych spraw trze-

[1]) Dotyczy to głównie tych właściwości dziedzicznych, które *już* się ujawniły; w czasie ich latencji lub w okresie rozwoju różne czynniki mogą wpłynąć zarówno na samo ujawnienie się jak i na sposób rozwoju danej właściwości; dziedziczą się bowiem właściwie nie *cechy jako takie*, lecz raczej *tendencję do rozwinięcia się* w pewnych *określonych* warunkach *takich, a nie innych* właściwości.

ba dążyć przedewszystkiem przez *badania genealogiczne*. Te zaś natrafiają na trudności zarówno ze względu na uciążliwość zebrania odpowiedniego materjału, jak i na braki metodologiczne w określaniu psychicznych elementów dziedzicznych.

Nie potrzebuję chyba rozwodzić się nad tem, na jakie przeszkody napotyka badanie wszystkich członków tej samej rodziny, zwłaszcza jeśli idzie o badania psychologiczne. Lecz prześledzenie chociażby wszystkich członków *pojedyńczych* rodzin rzadko może wystarczyć do rozwiązania pytania, czy dana właściwość jest dziedziczna wzgl. w jaki sposób się dziedziczy. Za dziedziczną bowiem uznajemy taką cechę, która występuje w szeregu generacyj tej samej rodziny w pewien sposób, odpowiadający prawom dziedziczenia. Te prawa zostały jednak ustalone doświadczalnie na roślinach i zwierzętach o wielkiej ilości potomstwa, i zastosowanie ich przy badaniu poszczególnych małych rodzin może okazać się niemożliwe lub też doprowadzić do wręcz fałszywych wyników. Temu musimy zapobiec przez badanie dziedziczenia pewnej cechy nietylko w pojedyńczych rodzinach, lecz możliwie wielkiej ilości rodzin danej populacji (a więc żyjących w mniejwięcej podobnych warunkach) razem wziętych. Do tego celu stosuje się obecnie głównie dwie przez *Weinberga* podane metody obliczania stosunków dziedzicznych w rodzeństwie osób badanych lub osób, posiadających daną właściwość („Probandenmethode" i „Geschwistermethode").

Badanie nasze dotyczyć może narazie tylko *poszczególnych* psychicznych cech lub ich zespołów, a nie *całej* konstytucji psychicznej. W procesie dziedziczenia bowiem rozpada się zespół czynników, warunkujących powstawanie cech dziedzicznych, a przenoszonych przez każdego rodzica, na pojedyńcze biologiczne jednostki t.zw. *geny*, z których część tylko w zapłodnionem jaju łączy się z genami odpowiednich cech, pochodzących od drugiego rodzica, powodując powstanie nowej jakgdyby mozaiki[1]) właściwości. W procesie tym w jednych wypadkach pewne pojedyńcze cechy zachowują poniekąd swą odrębność w stosunku do innych cech, w innych zaś wypadkach przenoszą się w ściślej ze sobą zespolonych grupach. Z tego sposobu przenoszenia się właściwości wynika, że przy badaniu dziedziczenia się cech charakteru, temperamentu, uzdolnień i t. d. nie możemy (na razie) brać pod uwagę całości osobowości (zwłaszcza, że jeszcze nie porozumieliśmy się dostatecznie co do jej

[1]) Oczywiście elementy tej „mozaiki" wpływają nawzajem na siebie, tworząc nową całość, a więc, jeśli chodzi o właściwości psychiczne, to (łącznie z wpływami świata zewnętrznego) nową „osobowość".

określania i klasyfikowania), lecz musimy sprowadzić jej strukturę do poszczególnych, możliwie podstawowych właściwości, lub do nieco bardziej złożonych, lecz według naszego doświadczenia przeważnie razem występujących grup cech; genealogiczne badania zaś powinny wykazać z jednej strony, czy wyodrębnionie przez nas właściwości i ich grupy odpowiadają rzeczywiście poszukiwanym przez nas *psychologicznym jednostkom biologicznym* (wedł. *Hoffmanna*), tworzącym w swem zespoleniu biologiczny trzon osobowości, a więc to, co nazwaliśmy konstytucją odziedziczoną (genotypiczną), z drugiej zaś strony mają stwierdzić, w jaki sposób się te jednostki dziedziczą. W naszych badaniach musimy oczywiście wziąć jeszcze w rachubę, że *podobne* zjawisko, zależnie od warunków wystąpienia, może wynikać z *różnych* odziedziczonych podstawowych właściwości, i że naodwrót ten sam gen może być podstawą różnolitych zjawisk.

Szereg autorów starało się wyodrębnić tego rodzaju podstawowe właściwości psychiczne, zresztą nie z analogicznych do powyżej przytoczonych rozważań, lecz w poszukiwaniu punktów stycznych między zjawiskami psychicznemi i cielesnemi. Tak powstały „podstawowe psychiczne właściwości osobowości" *Birnbauma*, który zalicza do nich: poczucie witalne, ogólne formalne jakości, odpowiadające temperamentowi, tendencje kierunkowe czyli popędy zasadnicze, podstawowe właściwości umysłu, jak senzoryczne, psychomotoryczne, mnestyczne i t. p.; dalej „osoba witalna" *Brauna*, której zakres obejmuje napęd (Antrieb) i popędy, wrażliwość na bodźce, sen i jawę; tu można też zaliczyć właściwości, należące do *Krausa* „Tiefenperson" i inne. Możliwe, że szereg z pośród wyżej wymienionych cech posiada również wartość owych biologicznych, dziedziczących się jednostek, tworzących podstawę dla rozwoju dalszych, już od niedziedzicznych czynników zależnych zjawisk fenotypicznych. To właśnie muszą rozstrzygnąć badania genealogiczne. Pozatem jednak psychologja w łączności z psychopatologją będą niewątpliwie w stanie wykazać jeszcze znacznie większą ilość takich dziedzicznych prostszych, lub bardziej złożonych właściwości psychicznych. Szczególnie pomocnemi mogą tu być *badania nad jednojajowemi bliźniętami;* zdaje mi się jednak, że te sprawy, których dziedziczeniem głównie dotychczas u nich się zajmowano, jak zachowaniem się i postępami w szkole, pożyciem małżeńskiem, stosunkiem do społeczeństwa, kryminalnością i t. d., są psychologicznie zbyt skomplikowane, by można było, poza ogólnym wnioskiem, że polegają one na *dziedzicznych tendencjach,* na ich podstawie już teraz

ściśle odróżnić, jaki udział w ich strukturze posiadają czynniki odziedziczone, a co w nich jest wytworem wpływów otoczenia.

Wkońcu chciałbym jeszcze podkreślić, że w zakres badania konstytucji psychicznej i jej dziedziczenia powinno się również włączyć te *właściwości cielesne*, o których wiemy lub mamy prawo przyjąć, że pozostają w szczególnie ścisłym związku z czynnościami psychicznemi. Chodzi tu o funkcje wewnątrzwydzielnicze, o układ wegetatywny oraz o typ ogólny budowy ciała. Należałyby tu też badania nad (niewątpliwie dziedzicznemi) rysami twarzy, ruchami, jak mimiką i gestykulacją (które przecież obecnie można utrwalać i analizować na taśmie filmowej), oraz uwzględnienie tak czułego wykładnika różnych cech psychicznych, jak charakter pisma.

Zdaję sobie sprawę, że wiele badań, żądanych tu przezemnie, mógłby przeprowadzić tylko szczególnie w tym celu stworzony i dobrze wyposażony instytut na wzór niektórych zakładów zagranicznych (na który niestety Polska nie posiada obecnie dostatecznych środków) i że badania tego rodzaju wymagają wielu lat pracy, i często muszą ograniczyć się tylko do przygotowania materjału dla przyszłych pokoleń badaczy. Niemniej dobrze jest zdać sobie sprawę z istoty zagadnień i dróg prowadzących do ich wyświetlenia, a nie opierać się przy ich rozwiązywaniu przeważnie tylko na intuicji, nieraz może i słusznej, lecz niedostatecznie popartej ściślejszemi, przez nauki przyrodnicze wymaganemi dowodami.

PIŚMIENNICTWO.

Bauer: Über d. Missbrauch d. Konstitutionsbegriffs. Dtsch. med. Wochenschr. 1930. *Berlit:* Erblichkeit bei Psychopathen. Z. Neur. 1931. 134. *Birnbaum:* D. Probleme d. biologischen Persönlichkeitsaufbaus, w Brugsch-Levy: D. Biologie der Person. Berlin. Urban u. Schwarzenberg. *Braun:* Zur Frage d. nerv. Konstit. Nervenarzt 1931. *Braun:* D. vitale Person. Lipsk. G. Thieme 1933. *Enke:* Unfallneur. u. Konstit. Z. f. Psychother. u. psych. Hyg. 1929. Bd. 2/6. *Hoffmann:* Charakter u. Umwelt. Dtsch. med. Wchschr. 1929. Nr. 10. *Hoffmann:* D. seelichen Grundlagen d. Charakters. Monograph. zur Frauenkunde u. Konstitutionsforschung Nr. 12. *Kahn:* Charakter in Anlage, Vererbung u. Entwicklung. Dtsch. med. Wchschr. 1929. Nr. 12. *Kehrer:* Wesen u. ärztl. Bedeutung d. Charakterologie. Dtsch. med. Wchschr. 1929. Nr. 8. *Kockel:* Handschriftenstudien bei Zwillingen. Dtsch. Ztschr. f. ger. Mediz. 1931. *Köhn:* Reihenuntersuchungen an Zwillingen. Arch. f. Rassenbiologie 1931. *Kraulis:* Zur Vererbung d. hyst. Reaktionsweise. Z. Neur. 136. 1931. *Kraus:* Allgem. u. speziell. Pathologie der Person. Lipsk. Thieme 1926. *Kretschmer:* Körperbau u. Charakter. Berlin. J. Springer. *Kretschmer:* Erlebniswirkung u. Neurosenentstehung. Dtsch. med. Wchschr. 1931. *Lange J.:* Verbrechen als Schicksal. Lipsk. G. Thieme 1929. *Lange J.:* Z. Kinderforschg. 34. 1928. *Lange J.:* Z. Neur. 112. 1928. *Lassen:* Zur Frage der Vererbung der Charakteranlagen. Arch. Rassenbiolog. 1931. *Lottig:* Hamburger Zwillingstudien. Lipsk 1931.

Löwenstein: Psychische Anlage u. Umwelt. Verh. d. Ges. Heilpädagog. 1931. *Luxemburger:* Psych.-neurol. Zwillingspathologie. Zbl. Neur. 56. *Peters:* Vererbung psychischer Fähigkeiten. Fortschr. d. Psych. 1925. Bd. 3. *Peters:* Vererbung geistiger Eigenschaften u. d. psychische Konstitution. Jena 1925. *Ratner:* Klinische u. soziale Probleme d. sog. traumat. Neurose. Zbl. Neur. 59. 1931. *Reichardt:* Über. d. sogen. Neurosen. Dtsch. med. Wchschr. 1930. Nr. 20 i 22. *Reichardt:* Uber d. nervösen Unfallfolgen. Med. Kl. 1930. Nr. 33 i 37. *Riese:* Uber die Bedeutung d. Rechtsbegriffe „äusserer Anlass" i t. d. Nervenarzt 1930. *Verschuer:* Erg. inn. Med. 1927. 31. *Weizsäcker:* Soziale Krankheit u. soziale Gesundung. J. Springer. Berlin 1930. *Wetzel:* Z. Frage d. Rentenneurose. Nervenarzt 1929. *Wyss:* Körperlich-seelische Zusammenhänge. G. Thieme. Lipsk 1931.

Z oddziału dla chorób nerwowych i umysłowych szpitala św. Łazarza w Krakowie.
(Prymarjusz Doc. *E. Artwiński*).

O PATOLOGICZNYCH REAKCJACH WZRUSZENIOWYCH [1]

podał

B. BORNSTEIN.

Do stanów wzruszeniowych zaliczymy afekty, jak: gniew, strach, lęk; wzruszenia w ścisłem tego słowa znaczeniu, są to zmiany związane z pewnym aktem spostrzeżenia, lub wyobrażenia, a których treść zabarwiona jest w kierunku przyjemnym lub nieprzyjemnym— i wreszcie nastroje umysłu. Stanom afektywnym towarzyszą pewne cielesne zmiany. Możemy je schematycznie podzielić na objawy zewnętrzne i wewnętrzne. Pierwsze uwidaczniają się przedewszystkiem w aparacie tonomotorycznym, w postaci zmiany mimiki, ruchów i układu ciała; drugie — wewnętrzne uwidaczniają się najbardziej w zakresie systemu roślinnego i w systemie krążenia. Wzajemny stosunek, jaki zachodzi między wzruszeniem, a towarzyszącemi mu zmianami cielesnemi, stanowi temat najistotniejszy w psycho- i fizjologji afektów.

Do czasu prac *Williama Jamesa* i *B. Langego* zależność stanów wzruszeniowych i objawów cielesnych tłómaczona była przyczynowo, przyjmowano, że objawy cielesne są skutkiem powstałych stanów wzruszeniowych. Wymienieni autorzy przyjmują odwrotną zależność. Bodziec — działając drogą jednego lub wielu zmysłów — wyzwolić może pewne odczyny wedle nich wazomotoryczne, zmiana tych ostatnich przez naruszenie równowagi wyzwolić musi zarówno objawy fukcji cielesnej i psychicznej. *Lange* popiera swoją teorję szeregiem przykładów z zakresu patologji. Jeżeli pod wpływem pewnych jadów jak opjum, morfina, haszysz, alkohol, gaz rozweselający, wystąpią pewne odchylenia, czy to w zakresie systemu krąże-

[1]) Odczyt wygłoszony na XIV-ym Zjeździe Psychjatrów Polskich.

niowego, czy też wegetatywnego, to wyzwalają one przesunięcie i zmianę afektu. Stan radości lub smutku zjawia się tu jako skutek zmian organicznych bez pierwotnego współudziału wyobrażenia, lub też spostrzeżenia. Materjał patologiczny zużytkowuje również *Lange* dla poparcia swego twierdzenia, przytaczając stany lękowe, występujące przy pewnych schorzeniach organicznych bez pierwotnego i przyczynowego bodźca wzruszeniowego i bez objektu, mogącego wyzwolić uczucie lęku. Tu należą na pierwszem miejscu tak często w psychopatologji napotykane stany lęku i gniewu bezprzedmiotowego. Zależność stanów wzruszeniowych od zmian somatycznych uwidocznić można najlepiej w depresjach. Tu uczucie lęku i smutku jest pierwotnem i wtórnie dopiero przychodzi do motywacji stanów wyobrażeniowych, wtórnie staje się obawa i smutek przedmiotową. Zmiana stopnia i natężenia stanów wzruszeniowych, ich zależność od wahań organicznych, a brak zależności od czynników zewnętrznych, świadczy tu wyraźnie o organicznem podłożu powstawania afektów. O ile spostrzeżenia *Langego* są słuszne, o tyle w całej pełni wniosków jego przyjąć nie można. Nie można uznać afektów li-tylko za wynik zmian organicznych. Dochodzi tu bowiem czynnik jakościowy, nie będący funkcją sumy, a jest nim zabarwienie treści w kierunku przyjemnym, lub nieprzyjemnym. Z samej sumy wrażeń organicznych to zabarwienie wyprowadzonem być nie może. Ten czynnik jakościowy stanowi pewną pierwotną, dziś jeszcze nie dającą się ani określić, ani odnieść, właściwość psychiczną. Stan afektywny jest — wedle dzisiejszych pojęć — stanem zlania się pewnych reakcyj organicznych z elementem psychicznym, jakościowo treść zabarwiającym (określenie to dotyczy również wzruszeń w ściślejszem tego słowa znaczeniu, jak i stanów nastroju). Te — tu podane — teoretyczne przesłanki stanowią tylko pewien skrót z zakresu teorji powstawania afektów i mają dla nas wartość pewnego podłoża pracy, na którym oprzeć możemy dalsze rozważania.

Bliższa analiza teorji wzruszeń wydaje nam się na tem miejscu niewskazaną, ponieważ nie rzuci ona więcej światła na stronę kliniczną — przeciwnie, obserwacje kliniczne, czerpiące materjał z szerokiego zakresu psychopatologji, mogą raczej wzbogacić wiadomości z danego zakresu. Druga przyczyna, która odwodzi nas od ściślejszej analizy psychologicznej stanów wzruszeniowych, jest natury zasadniczej. Stany wzruszeniowe są tak ściśle sprzężone z innemi aktami życia psychicznego, aktem woli, poznania, wyobrażenia, spostrzegania, że nie mogą być z tego organicznego zespołu całości bez szkody wyodrębnione. Życie afektywne stanowi nierozdzielną całość

prawie, że każdego stanu psychicznego, a w życiu osobnika psychicznie zmienionego znaczenie czynnika afektywnego jest często dominujące. Z tej syntezy wydzielanie i określenie afektu w jego czystej postaci jest rzeczą trudną. Niemniejsza też trudność spowodowana jest brakiem terminów poznawczych, któreby zezwalały na ścisłe i objektywne odgraniczenie pewnych stanów. Używając słów: „afekt", „wzruszenie", „emocja", „stan nastrojowy" — posługujemy się terminologją, która ani poznawczą, ani jednoznaczną nie jest, a mieści w sobie dużo subjektywizmu.

Ocena reakcyj psychicznych, stwierdzenie czy cechy jej mieszczą w sobie charakter chorobowy, czy też mieszczą się jeszcze w ramach zjawisk normalnych, jest niezmiernie trudną. Ustalenie probieża, mogącego słusznie spełnić to zadanie jest czasami prawie—że niemożliwe Trudność tkwi w samym problemie. O ile bowiem odgraniczenie i odróżnienie między stanem zdrowia, a stanem choroby, napotyka natrudności w sferze fizycznej, to w sferze psychicznej ocena zawiera duży pierwiastek subjektywizmu. Stałych i pewnych wytycznych nie udaje się tu ustalić. Są one zmienne i zależne od wieku, płci i stosunków socjologicznych. Pewne reakcje wydają się nam chorobliwe tylko przy pewnej konstelacji warunków, w zależności od czasu ich trwania i poprzedzających okoliczności. Niecelowość reakcji na zaliczenie jej do odczynów chorobowych nie zezwala — może ona być tylko pozorną, a w rzeczywistości dla danego osobnika korzystną. Dla obserwatora jest ona czasami niezrozumiałą, a jednak głęboko biologicznie uwarunkowaną. Szkoda, jakiej osobnik na skutek swego zachowania doznaje, mieścić może w sobie pierwiastek użyteczności. Mechanizm ten spotykamy tak w świecie wyższym, jak i u istot pierwotnych. Jeżeli na skutek strachu przed silniejszym napastnikiem cucumaria, zwierzę z rodziny mięczaków, wyrzuca z siebie i traci część swoich trzewi, a synaptydy pod wpływem strachu rozpadają się na pojedyńcze pierścienie, to dzieje się to celem ratowania się, zostawiając napastnikowi tylko pewną część swego cielesnego „ja"; zwierzę unika w ten sposób całkowitej zagłady. Jest to — coprawda — reakcja nadzwyczajna, ale celowa. W życiu zwierząt wyższych podobny sposób reagowania jest częsty. Niewspółmierność, jaka zajść może między bodźcem a reakcją, nie daje sprawdzianu chorobowości reakcyj: tak jakościowo, jak i ilościowo odchylenie może być tylko porównywane wśród tych samych warunków, przy całkowitem uwzględnieniu *konstytucji, dyspozycji i życia przedchorobowego*. Ten postulat, jak wiadomo, nie zawsze może być spełniony. Tylko konstelatywna ocena może tu być

stosowana, wielowymiarowe ujęcie odczynu psychicznego z uwzględnieniem czynników odziedziczonych i nabytych zezwoli na zbliżoną do prawdy klasyfikację. Ażeby bodziec, powodujący odczyn psychiczny, mógł stać się chorobotwórczym, musi być obdarzony pewną dynamiką i musi zadziałać na sferę psychiczną. Podczas gdy dawniej uważano, że powstawanie odczynu chorobowego dzieje się przez zadziałanie tegoż na sferę wyobrażeniową, że zmiana i naruszenie równowagi wyobrażeniowej jest ostateczną przyczyną, to dziś w niemałej mierze — pod wpływem szkoły psychoanalitycznej — przyjąć należy, że bodzieć wówczas staje się chorobotwórczym, o ile zadziała na wzruszeniową sferę życia.

Omawianie ogólne chorobowych reakcyj wzruszeniowych jest równorzędne z omawianiem psychopatologji ogólnej. Z tego tak szerokiego tematu poruszymy tylko pewną, wązką całość, świadomi, że i tego nie wyczerpiemy, ograniczając temat do omawiania pewnych objawów somatycznych, powstałych, lub towarzyszących stanom wzruszeniowym. Większości stanów wzruszeniowych towarzyszą odczyny somatyczne wielopostaciowe, tak w zakresie systemu roślinnego, tonomotorycznego, jak i krążeniowego. Jednak mamy wrażenie, że w pewnych stanach wzruszeniowych zaburzenia te uwidoczniają się szczególnie silnie na jednym z odcinków życia somatycznego. Spostrzeżenia te nasunęły się nam przy studjum narkolepsji. Analizując bliżej to cierpienie odnosi się wrażenie, jak gdyby stany wzruszeniowe były tu związane przeważnie z jednoobjawowemi zmianami cielesnemi.

Biorąc za punkt wyjścia cierpienie organiczne, za jakie narkolepsję uważamy, wkraczamy w zagadnienie zależności pewnych stanów psychicznych od zmian neurologicznych. Poruszamy tak dziś żywo dyskutowany problem zależności duszy i ciała, który nietylko ma znaczenie w odniesieniu do psychoz, ale może w równie silnym stopniu w nerwicach, a który najłatwiej daje się wykazać w sferze życia afektywnego. Prace szeregu autorów, z których wymienić można *Kleista, Reicharta, Leeysera,* wśród wielu innych, rzucają światło na znaczenie jąder podkorowych i pnia nerwowego dla życia afektywnego. Dla prawidłowego przebiegu szeregu funkcyj psychicznych, w szczególności dla sfery afektywnej, nie tak dalece kora, ile ośrodki starsze i pień mózgowy posiadają znaczenie kierujące. W pewnych stanach chorobowych wyzwalają się mechanizmy podkorowe i nadają charakterystyczne piętno cierpieniu i równorzędnie z objawami neurologicznemi występują stany zmienionego życia wzruszeniowego. Ale nietylko przy anatomicznych zmianach organicz-

nych, lecz i przez zadziałanie bodźców natury psychicznej, n. p. sugestji, drogą silnych wzruszeń poprzez strach, radość, powstać mogą objawy cielesne podobne do objawów neurologicznych, umiejscawianych w ośrodkach podkorowych. Zahamowanie funkcji kory poprzez silne wzruszenie zmienia kolorację czynnościową między korą, a niższemi ośrodkami i uczynnia je. Strach, hamując wyższe aparaty spowodować może stan osłupienia wzruszeniowego — stupor — podobny do tego, jaki spotykamy przy organicznem schorzeniu. Drżączka porażenna, a drżączka czynnościowa są wprawdzie daleko od siebie odległe w przyczynie powstawania, ale zbliżone samym, niezupełnie jasnym, mechanizmem powstawania. Gotowość reakcyj nerwicowych zdaje się być daną każdej jednostce, a która z nich zostanie wybraną i która się utrwali, o tem decyduje szereg czynników, w pierwszym zaś rzędzie czynnik dyspozycji zdeterminowany, czy to — jak chce *Adler* — niedowartością organów, czy też stygmatyzacją wegetatywną, lub, jak to szeroko ujmuje *Freud*, pogotowiem narządów. Jeżeli przytaczamy tu zmiany somatyczne powstałe pod wpływem strachu, to czynimy to dlatego, że tu najlepiej uwidocznia się bogactwo objawów cielesnych. Szeroko rozwarte powieki, uniesione brwi, rozwarte usta, bladość twarzy, niepokój, lub maska mimiczna, atonja kończyn, tremor, incontinentia vesicae et alvi nie wyczerpują bogactwa objawów, które z nich wystąpią i w jakim nasileniu zależy nietylko od siły bodźca, ale od biologicznej dyspozycji. Tu należą nerwice przestrachowe, opisane przez *Kleista, Gauppa, Bonhoffera*, co do których trudno się wypowiedzieć, ile w nich tkwi elementu organicznego, a ile psychicznego.

Studjum stanów narkoleptycznych, tak opisanych, jak i przez nas obserwowanych wykazało nam, że aparat tonomotoryczny jest bardzo czułym odbiornikiem stanów wzruszeniowych, że stwierdzone tu patologiczne reakcje wzruszeniowe stanowią tylko przejście do podobnych, a bardziej się uwidaczniających w stanach nerwicowych. Pod wpływem różnorodnych emocyj przychodzi w narkolepsji do nagłego osłabienia i wyłączenia napięcia mięśniowego, do katapleksji wzruszeniowej. Lęk, radość, śmiech, smutek, oczekiwanie powodują tak znaczne osłabienie napięcia mięśniowego, że dotknięci tym stanem nagle upadają, lub zmuszeni są wporę znaleźć oparcie, celem utrzymania się. Na zachowanie się zmian napięcia mięśniowego zwracano naogół małą uwagę, w przeciwieństwie do innych towarzyszących im reakcyj wzruszeniowych. Przyczyny są zdaniem naszem uwarunkowane trudnościami badania; nie posiadamy — jak dotąd — metody, któraby mogła te tak krótkotrwałe

zmiany ustalić. Aparaturą *Spiegla* zmierzyć możemy tonus pewnej części ciała, jednak przez nałożenie skomplikowanego aparatu tak się zmienia uwagę badanego, że wyłącza i zniekształca powstałe ewentualnie pod wpływem bodźca wzruszeniowego odchylenie tonusu. Prostej metody użył *Passing;* jako wskaźnik zachowania się tonusu służy tu opór przedramienia, stawiamy biernym ruchem z 50-u osób 48 okazywało osłabienie napięcia mięśniowego podczas śmiechu, a 2 osoby — wzmożenie. Ta metoda prosta dać może tylko pewną orjentację, jednak zabardzo zależna jest od subjektywnej oceny badającego. Wydaje nam się, że odprowadzanie prądów czynnościowych mogłoby dać wartości pewniejsze i łatwiej porównalne. Możnaby na tej drodze ustalić, w jakim stopniu wzruszenie zmienia układ tonusu. Nie znamy fizjologicznego substraktu tonusu. Po myśli jednak eksperymentów fizjologicznych przyjąć należy, że tonus mięśniowy zależny jest w ostatecznej swej przyczynie od stanu koloidalnego komórki, ta zaś zależność spowodowana jest charakterystycznym zachowaniem się elektrolitów, a każde ich przesunięcie powoduje zmianę tonusu. To stwierdzenie rzuca ciekawe światło na zależność tonusu od systemu wegetatywnego, a w szczególności od odśrodków podkorowych. *Straus*, na drodze subtelnej analizy zdjęć kinematograficznych u osobników nagle wprowadzonych drogą bodźca zewnętrznego w stan przestrachu, przyjmuje, że większość reakcyj spowodowana jest tylko zmianą tonusu. Wedle *Misza* fizjognomja i mimika są w pierwszym rzędzie funkcją tonusu. W sumie elementów składowych konstytucji zachowanie się tonusu posiada ważne znaczenie. Każdy osobnik posiada poza właściwą sobie formułą wegetatywną i właściwą formułą tonusu, która charakterystycznie się zmienia, w zależności od stanu uczuciowego. Ta zależność jest głęboko uwarunkowaną i zdaje się być wrodzoną. Badania *Goldsteina* nad indukcją tonusu wykazały, że położenie i ruchy pojedyńczych części ciała są zależne w mniejszym lub większym stopniu od pierwotnego stanu napięcia, jako jednej całości. Z tych, jak i innych doświadczeń wiemy, że bodźce skórne, optyczne, słuchowe, zmieniają charakterystycznie tonus mięśniowy i zawsze dzieje się to po linji pewnych reguł. *Loewenstein*, badając zachowanie się tonusu u bliźniąt jedno- i dwujajowych, wykazał, że reagowanie jednojajowych bliźniąt, pod kątem widzenia tempa reakcji przyzwyczajania się do bodźców, ich mimika, motoryka ruchów pojedyńczych i złożonych, jest bardzo do siebie zbliżona, bardziej niż forma reakcji bliźniąt dwujajowych. Zależność tonusu i życia wzruszeniowego są nam naogół mało znane. Orjentujemy się tylko powierzchownie. Wiemy naprzykład, że

wczasie śmiechu, radości, przychodzi do wahań tonusu, uczucie strachu unieruchamia i poraża. O ile w życiu normalnego osobnika zależność ta jest już łatwo stwierdzalną, to u osobników z niedomoga systemu nerwowego tak organiczna, jak i funkcjonalna uwidocznia się wyraźnie. Wpływ stanów wzruszeniowych możemy ocenić najlepiej w narkolepsji, w stanach pośpiączkowych i w pewnych nerwicach. Chorzy dotknięci drżączką porażenną unieruchomieni za skutek zachowania się tonusu, nagłe pod wpływem bodźca wzruszeniowego zrywają się, opuszcza ich stan pozornego niedowładu i zdolni są nawet do wykonywania skomplikowanych czynności. Tu afekt przerwał blokadę tonusu. Stany przejściowego wzmożenia się napięcia mięśni gałek ocznych — odwracanie gałek — związane są częste z bezprzedmiotowemi stanami bojaźni i tak, jak zmiana organiczna wyzwolić może funkcję pewnego systemu, czy to drogą izolacji czy też zahamowania, tak też stać się może pod wpływem wzruszenia. *Emocja zająć może miejsce czynnika organicznego.* Stany narkoleptyczne powstać mogą wskutek przestrachu i niczem nie różnią się od tych, w których przyjmujemy przyczynę organiczną. Możemy sobie wyobrazić, że bodziec wzruszeniowy nabiera tyle siły i staje się patoplastycznym i patogenetycznym w tym systemie, do którego prawidłowo przy mniejszem natężeniu i przy synergji ośrodków wyższych i niższych dostępu nie ma i tylko naskutek wzmożonej przepuszczalności uczynnia niższe ośrodki, wyzwala pierwotne mechanizmy z rzędu refleksów, któremi nerwica tak często się posługuje. Zmiany tonusu napotykane w nerwicach przyjąć mogą różne postacie. Wyliczenie ich zajęłoby dużo miejsca i nie wyczerpałoby całej skali. Spotykamy te stany akinetyczne, naprzemienne i hipertoniczne, objawiające się tak w mięśniach dowolnych, w systemie moczopłciowym, krążeniowym i przewodzie pokarmowym. Raz wyzwolone mogą się powtarzać drogą już wyrobionych torów. Jaki związek zachodzi między wahaniami wzruszeniowomi, a biochemją wiemy jeszcze bardzo mało. Uczynione są zaledwie pewne kroki. Pewne koleracje są nam tylko znane: stanom smutku towarzyszy często wzmożenie ilości lipoidów. Nie wchodzimy tu w problem zależności i przyczynowości. stwierdzamy tu tylko ten związek. W stanach fizjologicznych wahań sfery wzruszeniowej w okresie menstruacji, w pierwszych miesiącach ciąży, na wiosnę, gospodarka lipoidowa ulega również wahaniom. U pikników, arteriosklerotyków, u których właśnie pobudliwość wzruszeniowa jest wielka, ilość cholesteryny jest wzmożona. W stanach przestrachu przychodzi do nadmiernej ilości adrenaliny we krwi. Dopatrujemy się w tem pewnej

celowości. Adrenalina pobudza tonus mięśniowy, przygotowując nasz aparat tonomotoryczny do ucieczki, lub do obrony. Zmiany wzruszeniowe odbijają się również w silnym stopniu w zakresie snu. Między snem, a jawą istnieje pewna równowaga, która warunkuje prawidłową perjodykę snu, jako zjawiska głęboko biologicznie uwarunkowanego. Pod wpływem zmian organicznych przychodzi do jakościowych, jak i ilościowych zaburzeń. Miejsce organicznego uszkodzenia może zająć czynnik psychiczny. W narkolepsji przyjmujemy pewną niedomogę ośrodków w szerszem tego słowa znaczeniu. Pod wpływem wzruszenia wystąpić może sen, niczem nie różniący się od snu fizjologicznego, a niezwiązany z prawidłową perjodyką. I w nerwicach moment wzruszeniowy stać się może chorobotwórczym, powodując bogatą skalę zaburzeń, gdzie na jednym biegunie stwierdzamy długotrwałe okresy bezsenności, a na drugim nadmierną senność, aż do snu letargicznego.

Z Kliniki neuro-psychjatrycznej U. J. w Krakowie
(Dyrektor: Prof. Dr. *St. K. Pieńkowski*)

MECHANIZMY PODSTAWOWE REAKCJI PSYCHOTYCZNEJ [1])

podał

ZENON DROHOCKI

Psychozę uważa się powszechnie za reaktywną, jeśli uda się ją wyprowadzić z wywołującego ją przeżycia w sposób *psychologicznie zrozumiały* [2]). Z szeregu podawanych dotychczas kryterjów psychozy reakcyjnej tylko jej psychologiczną zrozumiałość poddam tu krytycznemu oświetleniu, ponieważ wszystkie inne, a więc czas, treść, własne odniesienie do choroby, korzystna prognoza i t. d. nie stanowią, jak uczy doświadczenie — momentów specyficznych.

Uważa się za zrozumiałą psychozę depresyjną, po utracie kogoś bliskiego. Uchodzi za zrozumiałą psychoza z depresją, zwątpieniem, beznadziejnością, skłonnością do samobójstwa, jako reakcja na zawiedzenie wszystkich rachunków życiowych. Dlatego też, jeśli któraś z tych sytuacyj wywoła nie depresyjną, lecz psychozę o charakterze maniakalno-euforycznego podniecenia, uważa się to następstwo za niezrozumiałe, a psychozę za endogenną, zatem nie wywołaną, lecz conajwyżej wyzwoloną. Zdarzają się jednak wypadki, w których taka zrozumiała reakcja na zmianę warunków życiowych pokryje się przypadkiem z okresem psychozy cyrkularnej. Przypadek zatem zrządził tylko, że okres depresji wystąpił właśnie wtedy, kiedyśmy się go spodziewali, jak też jest rzeczą przypadku, że w pewnej liczbie schorzeń reakcją na przeżycie tragiczne będzie właśnie wyzwolenie okresu maniakalnego psychozy.

---

[1]) Referat wygłoszony podczas XIV Zjazdu Psychjatrów Polskich w Krakowie.

[2]) Pojęcie reakcji psychotycznej określone ściśle przez *Jaspersa, Kahna, Poppera*, nie jest identyczne z pojęciami: nerwicy urazowej, reakcji psychorodnej, histerji, psychozy celowej i t. d. Bliższe szczegóły: *Jaspers*, „Allgemeine Psychopatologie" 3 Aufl. str. 225 — 234.

Zatem i zrozumiałość psychozy może okazać się niewystarczającem kryterjum jej reaktywności. Jeśli u człowieka dotkniętego śmiercią kogoś bliskiego rozwinie się w bezpośredniem następstwie czasowem zespół paranoidalny, to rzecz prosta takiej psychozy nie uważa się dziś za reaktywną, ponieważ najogólniej niezrozumiały jest związek np. żałoby po stracie przyjaciela, z zespołem podejrzliwościowo-prześladowczym. Jeśli jednak obywatel zasłużony, inwalida, w swem mniemaniu bohater, zdolny fachowiec, traci na skutek kryzysu posadę, nie może dostać następnej, bieduje, głoduje i w końcu popada w depresję przerywaną wybuchami wściekłości,— jeśli w związku z jego rozgoryczeniem rosną jego słuszne pretensje do społeczeństwa i jego mniemanie o własnej wartości, to rozumiemy jego psychozę, jako oczywistą reakcję na warunki życiowe. Jeśli jednak przypadkiem badanie serologiczne tego człowieka wykaże niewąpliwy paraliż postępujący, — to musimy sobie dać spokój z rozumieniem i poszukać mniej nieobliczalnej metody.

Zrozumiałość psychologiczna to oczywistość pewnych następstw psychicznych [1]. Jest zatem zrozumiałą rzeczą, że człowiek zazdro-

---

[1]) Sprawa zrozumiałości psychologicznej wysuwa się na czoło zagadnień psychopatologji. Jej wartości jako kryterjum dotychczas zasadniczo nie zakwestjonowano. Samo pojęcie pozostało jeszcze w 1913 r. sprecyzowane przez *Jaspersa*, który tak je określa: l. c. str. 18.... „rozumiemy jak jedno zjawisko psychiczne z oczywistością wynika z innego. Rozumiemy w ten — jedynie sferze psychicznej właściwy sposób, że człowiek zaczepiony popada w złość, że w zdradzonym budzi się zazdrość, że z motywów powstaje decyzja i czyn".

Str. 137.... „Ta oczywistość psychologicznej zrozumiałości jest czemś ostatecznem".

Str. 19.... Jednak istnieją granice tego psychologicznego (genetycznego) rozumienia. Wtedy.... „zjawisko psychiczne występuje jako coś zupełnie nowego w całkowicie niezrozumiały sposób, jedno zjawisko następuje po drugiem, lecz nie *wynika* z niego".

Str. 201. *Jaspers* przeciwstawia różne rodzaje rozumienia:

1) statyczne i genetyczne (psychologiczne): pierwsze stwierdza tylko psychiczne jakości, stany — tak jak one są nam dane; drugie ujmuje fakt wynikania jednego zjawiska psychicznego z innego zjawiska,

2) genetyczne (psychologiczne) i wyjaśnianie: pierwsze = subjektywne wewnętrzne ujmowanie oczywistości związków psychicznych, drugie = objektywne notowanie związków, następstw i prawidłowości, które są psychologicznie niezrozumiałe, a tylko przyczynowo wytłómaczalne (nie wynikają z siebie, lecz tylko następują po sobie),

3) racjonalne i wczuwające (psychologiczne): pierwsze jest nie psychologicznem lecz logicznem ujęciem (logicznych) związków psychicznych, drugie pozwala rozumieć także i wtedy, gdy logika wogóle w grę nie wchodzi.

sny staje się podejrzliwy i nieufny, albo też zazdrość wywoła agresywność. Zrozumiałym jest dla nas związek zazdrości z ambicją, zawstydzeniem i samobójstwem, albo z załamaniem, otępieniem i zahamowaniem, w końcu jasną jest rzeczą, że zazdrość wyzwoli mściwość lub negatywizm. Wszystkie wymienione tutaj typy następstw są nietylko zrozumiałe, ale prócz tego indywidualne. U jednego człowieka spotykamy związek zazdrości z agresywnością, u innego ze skłonnością do rozpaczy i samobójstwa i t. d. i t. d. Żaden z tych związków nie jest bardziej zrozumiały od innych, żadne z tych następstw bardziej oczywiste, jak drugie. Wynikanie agresywności z zazdrości jest tak samo proste i nieodparte, jak wynikanie nieufności z tejże samej zazdrości.

Wymieniliśmy tutaj szereg typów związków najczęstszych i dlatego najoczywistszych. Mniej zrozumiałe będzie dla nas, jeśli zazdrość wywoła odniesienia mistyczno-magiczne, lub skłonność do nihilizmu. A przecież wewnętrzne związanie ostatnio wymienionych właściwości wcale nie jest mniejsze, ani słabsze, jest tylko rzadsze. Rozważmy związki innych właściwości.

Erotyzm, jako właściwość osobnicza, wykazuje ogromne bogactwo znanych, więc typowych połączeń z innemi właściwościami osobniczemi. Tak więc spotykamy go w związku z ambicją, zazdrością, podnieceniem erotycznem, lub melancholją, z negatywistyczną przekorą, lub najzupełniejszem oddaniem i rezygnacją, z okrucieństwem, agresywnością, aktywnością, jak też lenistwem i biernością.

Żadna z tych właściwości z erotyzmu wprost nie wynika, żaden z tych związków nie jest bardziej naturalny, czy oczywisty od innych. Jedne z nich są tylko częstsze, typowsze, inne rzadkie, więc mniej zrozumiałe, lub całkiem obce. Nie dziwimy się wcale, jeśli erotyzm wyzwala wesołość i towarzyskość, lecz także nic dziwnego nie widzimy w tem, że wywoła smutek i samotnictwo, mimo że chodzi tu o związki krańcowo odmienne. Jedno i drugie jest dla nas dzięki swej częstości jasne i proste. Nie tak powszechne połączenia np. erotyzmu z okrucieństwem są mniej zrozumiałe, związek z mistyczno-magicznym sposobem przeżywania, związek ze skłonnościami nihilistycznemi, lub samobójczemi jest — możnaby powiedzieć — tak rzadki, że zupełnie niezrozumiały.

Zatem zrozumiałość psychologiczna, która cechuje pewne związki nie może być ani kryterjum oczywistości danych związków, ani wyrazem ich istotniejszego, a nieodpartego powiązania. *Zrozumiałość psychologiczna jest tylko miarą częstości występowania pewnych*

związków, wyrazem ich powszechności i typowości. Stosując ją jako kryterjum w psychologji popełniamy błąd subjektywizmu: oczywistość wynikania pewnych zjawisk z siebie zależy nietylko od tego w kim te zjawiska się wiążą, ale także od tego, kto je obserwuje. Np. związanie żałoby i ironji, wybuchowości i opanowania i t. d. tak niecodzienne dla dziecka, stają się czemś prostem i nagminnem dla dorosłego. Będzie więc oczywistość pewnych powiązań zależna nietylko od ich częstości, od ich typowości lecz także od doświadczenia, wieku i wiedzy obserwatora. Jeśli zatem czyni się ze zrozumiałości psychozy kryterjum jej reakcyjności, jeśli ze zrozumiałości psychologicznej wogóle wyciąga się daleko idące wnioski o faktycznym stosunku zrozumianych zjawisk — to nie są to kryterja wiele warte.

W tem, że strach wywołuje tendencję do ucieczki nie ma nic oczywistego. Nie jest to konsekwencja nieodparta. Jest to natomiast tylko jeden ze związków typowych. Wiemy bardzo dobrze, że w pewnych wypadkach występuje nie ucieczka, lecz agresja. Często spotyka się depresję, ale także—podniecenie euforyczne, podniecenie seksualne, tak wzmożenie witalności jak i jej zahamowanie, aż do samobójstwa włącznie.

Niepewnosć siebie jednych hamuje, drugich pobudza. Ani jedna, ani druga konsekwencja nie jest oczywista, ani nieodparta, obie natomiast są typowe. Równie proste i oczywiste są związki pewności siebie z uprzejmością, czy niepewności z agresywnością, czy też naodwrót. Rzadziej wprawdzie, ale jeszcze, jako zjawiska typowe, a więc zrozumiałe i oczywiste spotyka się związki niepewności z negatywizmem, skłonnością do izolacji, czy stereotypji.

Jeśli zatem z jakiejś jednej określonej właściwości mogą wynikać i być psychologicznie zrozumiałemi właściwości najzupełniej różne, a to w zależności od człowieka w którym one powstają, to wnioskujemy, że wynikanie więc i rozumienie psycho ogiczne jest zależne nietylko od powszechności i typowości odnośnych związków, lecz także od podłoża konstytucyjnego na którym ono zachodzi. A to znaczy, że związek takich właściwości, jak np erotyzm i przekora jest nietylko o tyle zrozumiały, o ile jest on wogóle częstym i typowym, ale także o tyle o ile jest stałym i charakterystycznym dla rozpatrywanego osobnika. Jeśli u tego osobnika zjawi się pewnego dnia na miejsce wymienionego inny związek, wprawdzie wogóle typowy, ale u niego dotychczas niespotykany, skłonni będziemy to następstwo pomimo jego typowości potraktować jako niezrozu-

miałość. A zatem warunkiem oczywistości jakiegoś związku jest nietylko jego typowość, lecz także konstytucja osobnicza. Jeśli więc zupełnie różne właściwości mogą z tą samą racją wynikać z jakiejś jednej określonej, to nie musi to następstwo nosić piętna wyłączności i nieodpartości, jaka cechuje związki logiczne.

Reasumując, rozumienie psychologiczne zjawiska psychicznego jest możliwe pod 3-ma warunkami:

1. że mamy do czynienia z jednem z następstw typowych,

2. że mieści się ono w skali wiedzy i doświadczenia obserwatora,

3) że zachodzi ono na podłożu określonej konstytucji osobniczej.

Okazuje się zatem, że rozumienie psychologiczne nie jest możliwe bez oparcia się o nową niewiadomą, to jest o konstytucję. Czemże jest w tym wypadku konstytucja? Niczem więcej, jak tylko osobniczo uwarunkowaną skłonnością do reagowania określonym, takim a nie innym zespołem właściwości. To indywidualnie charakterystyczne powiązanie danych właściwości i stworzenie z nich aparatu reakcyjnego, specyficznego dla jakiegoś osobnika jest ostatecznie psychologicznie zupełnie niezrozumiałe. Czyli: *podstawą psychologicznego rozumienia jest indywidualnie charakterystyczny, konstytucyjnie uwarunkowany, a psychologicznie niezrozumiały związek właściwości osobniczych.*

Niema metody psychologicznej, która potrafiłaby bez reszty i bez uciekania się do pojęcia konstytucji, wytłómaczyć fakt związania ze sobą dwu, lub więcej właściwości osobniczych. Chodzi tylko o to, w którym miejscu rozumowania wprowadzić konstytucję: czy wtedy, kiedy nie możemy już spekulować, czy też, przewidując tak, czy inaczej konieczność oparcia się na konstytucji — zrezygnować zgóry z wszelkich spekulacyj i iść tą nową, jedynie właściwą i czystą drogą. Dla nas na podstawie paroletniej obserwacji nie ulega już dziś wątpliwości, że wymienione tu konkretne osobnicze właściwości, jak chciwość, skąpstwo, mściwość, zazdrość, samotnictwo, podejrzliwość, odwaga i t. d. — podlegają dziedziczeniu i to nie tylko, jako cechy luźne, ale dziedziczą się wręcz pewne zespoły cech. Tak, że ostatecznie *to, co widzimy w życiu osobniczym, jako psychologiczne następstwo, jest tylko wyrazem łącznego odziedziczenia pewnego zespołu właściwości.* Współczesność, czy bezpośrednie następstwo objawiania się wszystkich cech takiej grupy biologicznej czyni wrażenie, jakby właściwości te wynikały niejako z siebie psychologicznie.

Na podstawie pobieżnego tylko przejrzenia historji chorób każdego zakładu psychjatrycznego stwierdza się dziedziczne występowanie takich cech jak łagodność, pedanterja, samotnictwo, skłonność do mistycyzmu, sugestywność, chciwość, mściwość, zazdrość i wiele innych, stanowiących podstawę struktury psychologicznej.

Dziedziczenie zespołów cech będzie dla wszystkich jasne, jeśli wspomnimy tylko rodowe występowanie takich zjawisk, jak schizoidja, czy cyklotymja. Są to oczywiście tylko dwie z wielu możliwości. Wspominam właśnie o tych dwu typach, ponieważ, dzięki symplifikacjom dotychczasowej typologi, tylko te dwa typy są powszechnie znane. Można jednak takich charakterystycznych typów, więc zespołów właściwości osobniczych wyodrębnić znacznie więcej. Wszystkie one dają się śledzić rodowo, co potwierdza tezę ich dziedziczności wogóle, dziedziczenia sprzężonego w szczególności, — a co pozwala stanąć na stanowisku, że mamy tu do czynienia z faktycznemi biologicznemi elementami struktury psychicznej, w przeciwieństwie do dotychczas przyjmowanych fikcyjnych abstrakcyj, jak intellekt, uczucie wola, czy retencyjność, wrażliwość, intrapsychiczna aktywność i t. d.

Reakcja psychiczna, to specyficzna osobnicza odpowiedź na zmianę warunków. Z tego określenia wynika, że nie może ona powstać ni stąd ni zowąd, ale musi zahaczać o charakterystyczny układ wewnątrz-indywidualnych stosunków, musi być swoistą odpowiedzią tego systemu, tej określonej struktury osobniczej. Jasnem jest, że system taki może odpowiadać tylko tem, co sam zawiera, może reagować tylko temi mechanizmami, które sam posiada, które mu są właściwe. Zatem *reakcja psychiczna to tylko ta odpowiedź psychiki, która wynika z jednego (lub więcej) mechanizmów właściwych danej strukturze osobniczej.* Nie każdą więc odpowiedź psychiki na zmiany w warunkach zewnętrznych czy wewnętrznych nazwiemy reakcją w psychicznym sensie. Będzie nią tylko ta odpowiedź, która wynika z aktualnej struktury osobniczej, względnie z jednego z podstawowych dla tej struktury związków. Proces psychotyczny jest czemś tej strukturze obcem, wrogiem, niezależnem, czemś, co z niej w żaden sposób nie da się wywieść.

Reakcja psychotyczna jednak musi spełniać powyższy postulat wynikania z mechanizmów już istniejących w człowieku przed chorobą, ażeby mogła być uważana wogóle za reakcję w powyższym sensie. Nie byłaby nią, gdyby mechanizm, który ją powoduje został stworzony dopiero przez chorobę, a więc nie należał do całokształtu swoistych warunków osobniczych.

Przyjęte dotychczas *wyprowadzanie psychozy reakcyjnej z przeżycia, a nie struktury osobniczej*, jest ograniczeniem perspektyw. Przedewszystkiem dlatego, że opierając się tylko na częstości się i subjektywnie ocenianej zrozumiałości pewnych związków, odrzuca a limine wiele przypadków, z racji ich fikcyjnej niezrozumiałości — z powodu ich pozornej niezgodności z wywołującem je przeżyciem. Przypisując dalej temu przeżyciu wywołującemu własność determinowania genezy i obrazu psychozy reaktywnej, pomija się zupełnie strukturę indywidualną, i moment konstytucji i dziedziczności, z których ona wynika. Oto przykład: w oparciu o samo przeżycie zespół podejrzliwościowo-prześladowczy, jako reakcja na śmierć np. przyjaciela, jest zupełnie niezrozumiały, nie może zatem być traktowany, jako *reakcja* psychotyczna. W uwzględnieniu jednak struktury danego osobnika, w której już normalnie znajdowano trwale zaznaczony związek takich cech, jak podejrzliwość, drażliwość, egocentryzm, — reakcja powyższa wywodzi się wprost ze struktury i nie zależy nawet od rodzaju przeżycia. Rezygnujemy zatem ze subjektywnego zrozumienia — na korzyść objektywnie stwierdzalnej i konstytucyjnie uzasadnionej struktury. Postawieniem na plan pierwszy struktury osobniczej i jej konstytucyjnego podłoża nietylko rozszerzamy zasięg reakcji psychotycznej, na zjawiska błąkające się po zakamarkach djagnostyczno-różniczkowych, ale, co ważniejsze, otwieramy i wskazujemy drogę do ścisłych badań konstytucyjno-dziedzicznościowych.

Z dotychczasowych rozważań należy wyciągnąć 3 wnioski o zasadniczej ważności:

1. rozumienie psychologiczne nie jest metodą dostatecznie objektywną dla rozstrzygnięć tak teoretycznych, jak i praktycznych.

2. rozumiejące wyprowadzanie psychozy reaktywnej z przeżycia tę psychozę wywołującego, jest jako postępowanie

a) nie dość objektywnem (opiera się na subjektywnem rozumieniu),
b) nie dość czułem (pomija szereg wypadków),
c) ograniczającem horyzont badania (nie uwzględnia konstytucji, dziedziczności, struktury osobniczej),

3. jedynie produktywna definicja reakcji psychopatycznej opiera się na uwzględnieniu struktury osobniczej, konstytucji i dziedziczności,

4. najważniejszy wniosek z rozważań poprzednich, wniosek pozytywny brzmi: podstawą reakcji psychicznej jest mechanizm, wynikający ze współdziałania, a więc powiązania właściwości oso-

bniczych; *życie psychiczne jest wyrazem związków właściwości osobniczych.*

Obserwując związki właściwości osobniczych stwierdza się, że związki pewnych właściwości powstają najczęściej np.: erotyzm — zazdrość, drażliwość — agresywność, skąpstwo — nieufność, inne rzadziej, np.: erotyzm — samotnictwo, drażliwość — apatja; inne wreszcie niesłychanie rzadko: erotyzm — nihilizm, erotyzm — ironja, okrucieństwo — mistycyzm, czyli, że jest jakaś biologiczna tendencja, czy łatwość powstawania pewnych związków przed innemi. Związki najczęstsze, a więc typowe, są warunkiem zjawiska, które ujmuje się jako psychologiczne rozumienie. One to właśnie są wyrazem pewnej normy. Związki rzadkie, rzecz prosta, nie są ani odrobinę bardziej patologiczne, jak związki najtypowsze, są tylko mniej zrozumiałe. Oczywiście, że u różnych ludzi mogą występować różne typy tych związków.

Związki właściwości osobniczych można podzielić na 3 grupy w zależności od ich trwałości:

1. Istnieją zespoły właściwości osobniczych związanych ze sobą tak trwale, że ilekroć pojawi się jedna z nich, tyle razy automatycznie i bez względu na sytuację, występują inne właściwości danego zespołu. Żadna z właściwości tego zespołu nie występuje u danego osobnika luźno, ani też sama jedna nie tworzy kombinacji z innemi właściwościami. W pewnym okresie życia osobniczego zjawił się wspomniany zespół, jako całość, i od tego czasu występowały już dalej wszystkie właściwości nierozerwalnie złączone. W dalszym biegu rozwoju osobniczego może dany zespół zachować trwale swą pierwotną niezależność, albo też połączywszy się w całości, okresowo, z innemi właściwościami, czy zespołami, ulec pewnej tem połączeniem uzasadnionej transformacji. Zawsze jednak istnieje możliwość, a nawet skłonność do odrzucania tych czasowych towarzyszy, do wyodrębnienia się i samodzielnego objawiania zespołu pierwotnego.

Mamy tu więc do czynienia z zespołem automatycznym, asytuacyjnym, nierozerwalnym. Elementy tego zespołu w jego formie pierwotnej łączą się ze sobą z siłą nieodpartą. Pierwotny zespół ma możność czasowego wchodzenia w połączenia z innemi właściwościami, czy zespołami. Zachowuje on jednak zawsze tendencję do wyzwalania się z tych połączeń i występowaąia w formie pierwotnej. Ten rodzaj związków nazywam *sprzężeniem* biologicznem cech osobniczych. Ostatecznych przyczyn powstania takiego zespołu należy doszukiwać się najprawdopodobniej w bezpośrednim są-

siedztwie dziedzicznościowych odpowiedników danych właściwości, w układzie chromozomów. Najróżniejsze właściwości mogą tworzyć sprzężenia, jednak statystyka życia codziennego wykazuje większą częstość pewnych związków przed innemi. I tak np. zazdrość — mściwość — podejrzliwość, kojarzą się znacznie częściej, aniżeli zazdrość, skłonność do apatji i samotnictwa. W zasadzie jednak wszystkie właściwości mogą wytwarzać takie związki nieodparte.

2. Drugi typ związków mniej już trwałych, to zespolenia. Powstają one w ten sposób, że jakaś powtarzająca się sytuacja aktualizując wciąż te same właściwości doprowadza z biegiem czasu do nawykowego połączenia między niemi. Od sprzężenia różni się zespolenie tem, że tworzące go właściwości kiedyś, zanim połączyły się ze sobą, występowały luźno i niezależnie od siebie. Później już po związaniu ich ze sobą można te połączenia przy użyciu pewnej energji rozbić na elementy składowe, względnie wytworzyć z nich nowe kombinacje. Jest to oczywiście niemożliwe w sprzężeniu. Właściwości, które u jednego człowieka tworzą sprzężenia mogą rzecz prosta u innych występować w zespoleniach. W zasadzie niema ograniczeń dla wytwarzania się zespoleń, aczkolwiek i tu przeważają pewne kombinacje przed innemi.

Ostatni wreszcie typ związków właściwości, typ połączeń zupełnie nietrwałych, to związki sytuacyjne. W zależności od zmieniających się warunków powstają one doraźnie, jako wyrazy pewnych potrzeb, znikając po ich zrealizowaniu. Są one zawsze związane z jakąś określoną konkretną sytuacją. Każdy człowiek zdrowy posiada oprócz sprzężeń i zespoleń pewną ilość właściwości luźnych i pewną mniejszą lub większą zdolność wytwarzania z nich połączeń doraźnych. Zdolność tworzenia maksymalnej ilości nowych związków, zdolność odpowiadania na wymogi życia powszechnemi, rzadszemi, lub zgoła niecodziennemi skojarzeniami właściwości, oto wyrazy większej lub mniejszej sprawności, tego najbardziej elastycznego i zróżnicowanego aparatu indywidualnej reakcji.

Każdy człowiek posiada charakterystyczny dla siebie stosunek tych 3 rodzajów związków. Mamy więc ludzi, w których strukturze osobniczej przeważają sprzężenia, i innych, których cała psychika opiera się na zespoleniach i takich, u których istnieje równowaga. Dla typologa otwiera się tu nowa droga pełna możliwości, które w tej chwili nie są dla nas aktualne.

Niezależnie od różnic indywidualnych znajdujemy charakterystyczne ugrupowania tych 3 typów związków w zależności od stopnia rozwoju osobniczego. Tak np. bardzo często w dzieciństwie wy-

stępujące 3 cechy — zawiść, mściwość, agresywność, lub zawiść, chciwość i agresywność związane są ze sobą automatycznie i nierozerwalnie. Z biegiem czasu dołącza się do takiego sprzężenia szereg innych cech, np. wyrachowanie, opanowanie, rozwaga, nieufność, które wytwarzają z tem sprzężeniem związek o charakterze zespolenia. Z tym nowowytworzonym, na skutek treningu wzmocnionym aparatem reakcyjnym idzie dany osobnik w życie. Ten zespoleniowo-sprzężeniowy aparat stanowi główną podstawę i linję wytyczną dla zachowania się i postępowania osobniczego. W ramach tego aparatu zawiera się całokształt indywidualnych odniesień. Stosunek sprzężeń takiego aparatu, a więc związków nierozerwalnych, przymusowych, pierwotnych do zespoleń, jako związków wykształcalnych, jest wartością indywidualnie charakterystyczną.

Istnieją mechanizmy czysto sprzężeniowe, czysto zespoleniowe. Najczęściej jednak spotyka się mechanizmy mieszane, gdzie niejako na trzonie sprzężenia osiada zespolenie, czy też dwa sprzężenia łączą się poprzez zespolenie ze sobą.

Dopiero w ramach tej sprzężeniowo-zespoleniowej struktury indywidualnej, na niejako przez nią wytyczonych drogach, objawia się 3 rodzaj połączeń właściwości osobniczych: doraźnie wytwarzanych, aktualnych chwilowych związków sytuacyjnych. Ta sfera związków jest dziedziną najczulszą, najbardziej nastawioną na konieczność ciągle zmiennego kontaktu ze światem wewnętrznym i zewnętrznym. Jest ona wyrazem najwyższego zróżnicowania osobniczej sprawności reakcyjnej, więc aparat ten ujawnia się w swej ostatecznej doskonałości dość późno w życiu człowieka. Powtarzające się sytuacje, wytwarzając nowe tory reakcyjne, mogą utrwalić związki sytuacyjne i zamienić je w zespolenia. Pomiędzy ramą zespoleniowo-sprzężeniową, a sferą związków sytuacyjnych odbywają się ciągłe zapasy, których efekt jest znowu wartością typologiczną. Efekt ten w postaci ustalonego stosunku ramy do rozpierającej ją masy kształtującej jest wartością indywidualnie stałą. Tak więc w ostatecznej konsekwencji to co nazywamy strukturą osobniczą, to szereg związków właściwości osobniczych w różnem wzajemnem ustosunkowaniu. Reakcja psychiczna, to tylko ta odpowiedź na zmiany w warunkach, która wynika z zadziałania jednego lub więcej z tych związków. Żaden produkt psychiki, który nie wynika wprost z jednego z aktualnych związków nie może być uważany za reakcję tej psychiki. I to jest zasadnicza różnica pomiędzy określeniem naszem, a określeniem dotychczasowej psychopatologji, która za reakcję uważa zrozumiałe wyprowadzenie z przeżycia. Nasze określenie jest o tyle szer-

sze, że ujmuje także zjawiska pozornie niezrozumiałe, o ile one tylko opierają się na jednym z istniejących u danego osobnika związków.

Nasze określenie jest o tyle objektywniejsze, że subjektywną zrozumiałość zastępuje objektywnie stwierdzalnym związkiem właściwości. W konsekwencji zjawisko psychotyczne o tyle tylko możemy nazwać reakcją psychotyczną, o ile spełni ono powyższy postulat wynikania z struktury osobniczej, względnie z jednego z aktualnych jej związków.

Tak reakcja psychiczna normalna, jak i psychotyczna wynikają z pewnego psychicznego status quo ante, z określonej struktury osobniczej, w przeciwieństwie do procesu, który zbudowany jest z elementów zupełnie tej strukturze obcych. Tylko, gdy reakcja normalna, jako odpowiedź struktury osobniczej na zmianę warunków, zachodzi zawsze, ilekroć zadziała bodziec optymalny, to znaczy taki, do którego siły i jakości organizm przywykł, to bodźce przekraczające górną granicę wytrzymałości nawykowej, wywołują reakcję psychotyczną. A więc pierwsza różnica między reakcją normalną, a psychotyczną, to dynamizm momentu wywołującego. Z reguły spotykamy się tu z szokiem, z silnem uderzeniem, względnie z szeregiem sumujących się słabszych urazów, które wywołują dyskoordynację w zakresie struktury osobniczej, nie wprowadzając do niej żadnego pierwiastka nowego, obcego. *Jak w całej patologji układu nerwowego, tak i tutaj raz jeszcze spotykamy się ze zjawiskiem najwcześniejszego niszczenia mechanizmów najbardziej zróżnicowanych, a więc filo- i ontogenetycznych najmłodszych.* Zaburzenie dotyka zatem przedewszystkiem sfery związków sytuacyjnych. Zdolność wytwarzania tych związków, ciągle nowych, ciągle zmieniających się w miarę zmiany warunków, jest wyrazem precyzji, czujności i sprawności aparatu reakcyjnego. To też w tej dziedzinie będącej wyrazem najwyższego zróżnicowania dochodzi najwcześniej do zaburzeń. Zaburzenia te mogą mieć charakter chwilowy, lub trwalszy. Mogą one występować w dwu formach, odpowiadających dwu stadjom, a mianowicie, jako:

1) chaotyczne rozluźnienie, lub
2) zahamowanie wytwarzania związków sytuacyjnych.

Zazwyczaj pierwsza forma poprzedza drugą. A więc w pierwszej chwili po uderzeniu spotykamy pewien chaos, bezład, w powstawaniu i zanikaniu nowych połączeń. Jesteśmy świadkami tworzenia się związków nowych dla danego człowieka zupełnie niecharakterystycznych. Kojarzą się ze sobą naprzykład podniecenie — depresja,

podniecenie — apatja, agresywność — skłonność do samobójstwa, agresywność — strach, ambicja — rezygnacja, zachłanność — bezradność, aktywność — niezdecydowanie i t. d. i t. d., możliwości są tu nieograniczone. W każdym razie związki powstające nigdy dotąd nie były charakterystyczne dla osobnika dotkniętego urazem. Znikają one równie szybko, jak powstały, ustępując miejsca innym, równie niecodziennym. W tej fazie może rzeczywiście nastąpić zatrzymanie reakcji psychotycznej i powrót do zdrowia. Jeśli się to nie stanie, następuje drugie stadjum: zahamowania (porażenia) zdolności wytwarzania związków sytuacyjnych. W tem stadjum aparat reakcyjny opanowany jest w zupełności przez nawykowy system zespoleniowo-sprzężeniowy. Nie powstają żadne nowe możliwości reakcyjne. Osobnik dotknięty urazem odpowiada gotowemi, już dawno wytworzonemi związkami, często wbrew oczywistym wymogom sytuacji. Powoduje to sztywność, stereotypję i automatyzm aparatu reakcyjnego, który ograniczoną ilością gotowych mechanizmów musi obsłużyć całą różnorodność zmieniających się warunków. W tem stadjum, w którem w przeciwieństwie do stadjum poprzedniego (stadjum bezładu) moment dyskoordynacji początkowej cofa się i ustępuje miejsca pewnemu automatyzmowj psychicznemu, — struktura osobnicza jest w głównych zarysach zachowana, choruje tylko aparat wytwórczy. Na plan pierwszy wysuwają się reakcje nawykowe. Możnaby to stadjum uważać za próbę kompensacji (oczywiście biologiczną — nie celową, psychologiczną) — fazy poprzedniej, fazy bezładu. Z tego punktu widzenia stan ten, przebiegający zwykle chronicznie lub podchronicznie możnaby nazwać *fazą kompensującego automatyzmu.* Chorzy posiadają zazwyczaj (zależy to przedewszystkiem od ich wewnętrznej spostrzegawczości) poczucie pewnej niemocy, stwierdzają utratę elastyczności, skarżą się na zanik produktywności, na nieznane dawniej trudności przystosowania się do warunków życia, stwierdzają często zupełną niezaradność wobec nowych sytuacyj. Ten stan może oczywiście spowodować cały szereg wtórnych reakcyj, a więc: unikanie sytuacyj nowych, lęk przed wszelką nowością, ale też wybuchy wściekłości lub depresji, zawiści i t. d. i t. d., na skutek tych nie dających się przełamać trudności. Powstanie tej czy innej wtórnej reakcji będzie znowu uwarunkowane nie tyle momentem wywołującym, ile wrodzoną dyspozycją do reagowania określoną właściwością lub zespołem właściwości.

Często jednak zdarza się, że chorzy nie czują wcale utraty swej elastyczności życiowej, a tylko otoczenie ich stwierdza pewną

sztywność, powtarzanie się, zaskorupiałość, stereotypję tych samych form reakcji, tych samych prób rozwiązywania wszystkich sytuacyj życiowych, tych samych wypowiedzi, żartów, odniesień, w różnych zupełnie i wymagających różnych nastawień dziedzinach. Tę nieuświadomioną, jakby ją można nazwać — formę reakcji psychotycznej — spotyka się u ludzi doznających szeregu drobnych, ale uporczywie powtarzających się urazów ze strony warunków życiowych.

Stadjum porażenia związków sytuacyjnych — stadjum kompensującego automatyzmu stanowi tę formę reakcji psychotycznej, którą spotyka się najczęściej wśród chorych ambulatoryjnych. Należą tu prawie wszyscy chwilowo wytrąceni z warunków równowagi życiowej, wszyscy, którzy zatracili okresowo możność dostosowania się do otoczenia, należytego wypełniania obowiązków, u których okresowo pojawia się utrudnienie kontaktu z otoczeniem,—niezadowoleni, pozorni wykolejeńcy i t. d. Bardzo często zwyczajna zmiana warunków, jako bodziec dla sfery związków sytuacyjnych usuwa reakcję psychotyczną w tem stadjum w ciągu niedługiego czasu.

Jeśli choroba w tym okresie nie cofnie się, dochodzi do stadjum 3-go, które zresztą może wystąpić po silnym urazie odrazu. Stadjum to charakteryzuje się mniejszą lub większą *dyssocjacją nawykowej ramy zespoleniowo-sprzężeniowej, z wyzwoleniem mechanizmów pierwotnych.* Właściwości osobnicze dotychczas powiązane ze sobą nawykowo odłączają się od siebie, zyskując samodzielność. Następuje niejako wyzwolenie sprzężeń i rozbicie zespoleń, a zatem jakby regresja do wczesnego stadjum rozwojowego, w którem jeszcze dookoła pierwotnych niedpartych związków nie utworzył się nawykowy aparat zespoleń. Dzięki wyeliminowaniu i rozbiciu zespoleń, — sprzężenia pozbawione niejako hamulca zyskują przewagę, nadając kierunek i zabarwienie całokształtowi zachowania i postępowania osobniczego. Wyzwolone ze spójni związków nabytych sprzężenia, więc związki wrodzone uzyskują prymat w strukturze osobniczej. Jest to oczywiste, ponieważ one własnie na skutek swej pierwotnej żywiołowości reprezentują w życiu osobniczem element najbardziej dynamiczny. Życie psychiczne toczy się pod znakiem nieodpartego przymusu, wrodzonych (odziedziczonych) sprzężeń. Dochodzi więc do odhamowania i wyzwolenia związków pierwotnych, właściwych danemu osobnikowi w jednym z wcześniejszych okresów życia. Manifestują się one z siłą żywiołową, nieodpartą, podczas gdy zupełnej eliminacji ulegają mechanizmy wykształcalne nabyte. Dotychczas obowiązkowi, uprzejmi, wytrwali, ambitni, lub trzeźwi,

chłodni, odważni, ale także oszczędni, rozważni, skryci i t. d. pacienci zaczynają objawiać skłonności stanowiące zaprzeczenie tej właściwości. *Dokładne poszukiwania wykazują, że u każdego z nich da się odnaleźć w pewnym okresie osobniczego rozwoju zespół cech obecnie manifestujących się, a tylko później zmieniony przez trwalsze dołączenie się innych właściwości.* Obserwujemy tu zatem powrót do jednego ze stopni indywidualnego rozwoju: *każdy wraca niejako do tego z czego wyrósł.* I to jest jeszcze jedna różnica pomiędzy reakcją psychotyczną, a procesem schizofrenicznym, w którym wszyscy chorzy bez względu na poprzednie różnice indywidualne cofają się do tego samego stadjum rozwojowego, a zatem *jeśli reakcję psychotyczną uważamy za regresję ontogenetyczną, to proces schizofreniczny przedstawiałby obraz regresji filogenetycznej.*

Dzięki tym wszystkim przemianom musi jednak dość do zniszczenia dotychczasowej struktury osobniczej, przez zaakceptowanie innych właściwości niż te, które były dotychczas filarami tej struktury. Właściwości, występujące w sprzężeniach zyskując przewagę nad innemi właściwościami osobniczemi zmieniają zasadniczy typ odniesienia człowieka do świata. Oto przykład: w pewnym konkretnym przypadku cztery właściwości osobnicze: erotyzm, samotnictwo, skłonność do mistycyzmu i odniesień magicznych tworzyły sprzężenie. Wystąpiły, razem w pewnym okresie życia osobniczego. Przez pewien czas zjawianie się jednej z tych właściwości powodowało automatyczne występowanie innych elementów tego zespołu. Z biegiem czasu wytworzyły się dookoła każdej z tych właściwości nawykowe związki zespolenia z innemi właściwościami danego osobnika. A więc erotyzm został trwale połączony z ambicją i towarzyskością, mistyczno-magiczne odniesienie zostało związane ze skłonnościami artystycznemi, ambicją i skłonnością do ironji. Wytworzył się w ten sposób jeden z podstawowych dla danego osobnika (nie jedyny oczywiście) aparatów reakcyjnych, determinujących całokształt jego zachowania się i postępowania. Ponieważ wszystkie w grę tu wchodzące właściwości należały do grupy najsilniej zaznaczonych w strukturze psychicznej tego człowieka, powstał w ten sposób swoisty tor reakcyjny i skłonność do izolacji, która występowała w tem sprzężeniu, została poprostu przez ten tor reakcyjny zdeaktualizowana. Uraz, który dotknął omawianego osobnika niszczy wspomnianą strukturę. Dyssocjując aparat sprzężeniowo-zespoleniowy wyzwala omawiane sprzężenie w całej jego pierwotnej sile, niehamowane obecnie żadnemi reakcjami nawykowemi. Odhamowane, wyzwolone sprzężenie zyskując przewagę nad

innemi mechanizmami stwarza nowy tor reakcyjny. Na miejsce poprzednio istniejącego odniesienia zasadniczego zjawia się inne i w ten sposób dochodzi do przeobrażenia struktury psychicznej.

Reasumując: szok wyzwala i odhamowuje pierwotne mechanizmy reagowania i postępowania niszcząc równocześnie wysoko zróżnicowany aparat przystosowawczy. Działanie mechanizmów pierwotnych poraża wtórne nawykowe funkcje wykształcalne. Wartość wyznaczającą całokształt zachowania osobniczego zyskują w ten sposób momenty różne od dotychczasowych. Dzięki temu przewartościowaniu dochodzi do zmiany, struktury osobniczej. Jeśli te główne filary struktury osobniczej na których opiera się całokształt postępowania i zachowania danego człowieka, nazwać wyznacznikami, to możnaby reakcję psychotyczną scharakteryzować krótko, *jako zmianę zespołu wyznaczników.*

* * *

Referat niniejszy jest próbą zastosowania mych koncepcji psychologicznych do zagadnienia psychozy reaktywnej. Jest on tylko przyczynkiem do głównego zadania, które podjąłem: do zmiany dotychczasowych podstaw psychologji, w kierunku ich zbiologizowania oparcia o prawa dziedziczenia i naukę o konstytucji. Podstawy mego systemu wyświetliłem w pracach poprzednich („znaczenie orjentacji przy pomocy barwy kształtu dla podziału psychologicznego", „typologja wyznaczników"). W szeregu prac najbliższych ulegną one dalszej systematycznej rozbudowie.

Rzecz prosta, że podana w tym referacie próba wytłómaczenia wprowadzonych przezemnie pojęć, tez i mechanizmów, nie jest jedynym dowodem ich prawdziwości i może być traktowana tylko jako objaśniający skrót, — wystarczający, jak sądzę do zapoznania czytelnika z nową dziedziną.

Skutkiem braku miejsca kliniczna strona omawianego zagadnienia została potraktowana schematycznie. Ukaże się ona w najbliższym czasie w osobnej pracy. W badaniach swych korzystałem wielokrotnie także i z materjału pozaklinicznego.

PRZESTĘPCA W ŚWIETLE PSYCHOANALIZY [1])

podał

GUSTAW BYCHOWSKI.

Jest rzeczą a priori oczywistą i zrozumiałą, że nauka i metoda badania, która dała nam nowy i głęboki wgląd w psychikę ludzką, musiała dać również i nowy pogląd na istotę ludzkiego postępowania. Wszelki czyn, wszelkie działanie stały się w oświetleniu psychoanalitycznem bardziej skomplikowane w swoich motywach, ale i jaśniejsze w rozumieniu ich przez naszą ratio, która nie może pogodzić się z jakąkolwiek przypadkowością. Czyn występny, jako przedmiot badania kryminalistyki, nie różni się zasadniczo od każdego innego postępku, od którego wyodrębnia go wszakże jedynie kryterjum socjalne; to też nauka psychoanalityczna o postępowaniu znajznajduje odrazu zastosowanie także i do deliktów jako takich.

Ale niedość na tem. Przestępstwo, jako czyn u danego osobnika wyjątkowy, podlega równie dobrze prawom wykrytym przez psychoanalizę jak stała, zwykła działalność występna prawdziwego przestępcy. Wyjątkowość jego musi jednakże mieścić się w ramach, które określa psychoanaliza i tylko chwilowa, tymczasowa niedostateczność naszej wiedzy pozwala na pozostawienie danemu przestępstwu jego frapującego wyjątkowego charakteru. Z drugiej jednak strony sam fakt zaistnienia przestępstwa wyjątkowego, jako takiego, wymaga specjalnego wyjaśnienia i zrozumienia, którego może nam dostarczyć wyłącznie i jedynie badanie psychoanalityczne, jako badanie p. excellence głębinowe.

Badanie genezy pojedyńczego przestępstwa — i o ileż bardziej jeszcze stałego przestępcy — natrafia odrazu na zagadnienie współudziału czynników zewnętrznych i wewnętrznych, które stanowią tutaj niewątpliwie swoisty szereg uzupełniający. Przy badaniu niektórych zwłaszcza typów przestępców nałogowych, zagadnienie to zgę-

---

[1]) Odczyt wygłoszony na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu.

szcza się w kierunku ustalenia czynników, które składają się na wytworzenie charakteru przestępczego jako szczególnej odmiany charakterologicznej. Zagadnienie to — obok analizy warunków ośrodkowych, czyli w szerokim tego słowa znaczeniu socjologicznej, wymaga niewątpliwie analizy psychologicznej. Analiza ta musi przedewszystkiem uwzględnić stronę popędową, która stanowi nietylko pierwsze źródło postępowania ale i pierwsze tworzywo charakteru. Toteż dopiero badanie strukturalno-genetyczne, jakie z istoty swojej przynosi psychoanaliza, może z niezmiennie złożonej budowli charakteru wyodrębnić pewne elementy ustrojowe i pokazać, jak przez ich współdziałanie z wynikami zewnętrznemi wytwarzają się te stałe sposoby i układy reagowania i postępowania, które w sumie składają się na charakter.

Znaczenie i konsekwencje praktyczne takiego rozróżnienia i ustalenia endo- i exogenezy jest w odniesieniu do charakteru przestępczego niemniej ważne aniżeli do charakteru w ogólności. Tutaj dopiero ukazują się we właściwym świetle cele i możliwości zapobiegania i lecznictwa przestępczości i wykolejenia moralnego przedewszystkiem nieletnich, a co zatem idzie, wielkie zadanie społeczno-wychowawcze, jakie stanowi samo istnienie przestępczości jako takiej.

Badanie psychoanalityczne poucza nas najlepiej i najjaśniej o rzeczywistem znaczeniu czynników socjalnych i wskazuje na granice, jakie oddziaływaniu naszemu na przestępcę zakreślają jego konstelacje popędowe, wrodzone i nabyte. Okazuje się zresztą, że i tak skądinąd jasne i oczywiste wpływy warunków zewnętrznych na kształtowanie się przestępczości, jak oddziaływanie warunków gospodarczych, nabiera w świetle zrozumienia psychoanalitycznego nowego i głębszego znaczenia.

W nowem świetle ukazuje psychoanaliza nietylko przestępcę i jego czyny, ale i sądzącą go część społeczeństwa. Nienapróżno pierwsze większe dzieło zagadnieniom tym poświęcone, nosi nazwę „przestępca i jego sędziowie" [1]). Psychologja sądzenia i karania, poczucie sprawiedliwości w masach i jednostce — oto zagadnienia, które przed wprowadzeniem psychoanalizy mogłyby być rozważane tylko zupełnie powierzchownie.

Jeśli po rozważeniu wszystkich wymienionych punktów zajmiemy się przez chwilę sprawą znaczenia psychoanalizy dla procesu karnego i orzecznictwa sądowo-lekarskiego, to wypowiemy już tylko wnioski, które na podstawie wywodów naszych będą nasuwały się same przez się.

Przystępując do wypełnienia naszkicowanego tutaj na wstępie programu, nie mogę — wobec jego widocznej obfitości — obyć się bez pewnej sumaryczności i powierzchowności w traktowaniu tych wszystkich zagadnień. Niestety, warunki techniczne okazują się nieraz silniejsze od istoty metody, obliczonej na traktowanie rzeczy *głębinowe*.

Podstawową tezę psychoanalizy stanowi, jak wiadomo, przyjęcie zjawisk psychicznych nieświadomych. Tak zwana topika psychoanalityczna rozróżnia świadomość, przedświadome i nieświadome, jako swojego rodzaju odrębne systemy psychiczne. Prócz tego odróżniamy, jako trzy instancje, trzy etapy rozwojowe t. zw. ono (es), jaźń i ponad-jaźń inaczej ja idealne. Konstrukcje te, mimo swój charakter pozornie spekulatywny, wypływają z pewnych danych czysto doświadczalnych, które narzuciły je twórcy psychoanalizy. Wszelki twór psychiczny albo psychoruchowy może wprawdzie być rozważany na podstawie li tylko swego odbicia w świadomości, ale — wtedy kiedy interesuje nas jego geneza — rozważania takie przestają nam wystarczać. Okazuje się, iż ukryte, nieświadome źródła i początki takiego tworu różnią się nieraz bardzo znacznie od jego widocznego aspektu. Na różnicę tę składają się nietylko długa nieraz droga, która od pierwszych źródeł dynamicznych czynu prowadzi aż do samej jego eksplozji, ale przedewszystkiem te szczególne mechanizmy, którym podlegają zjawiska psychiczne nieświadome. Dzięki temu — mówiąc najogólniej — procesowi pierwotnemu (przypomnę tutaj, iż mianem tem obejmujemy przesunięcie i zgęszczenie, przyłącza się do nich tendencja do symbolizacji), pierwotne treści psychiczne ulegają znacznemu nieraz zniekształceniu, zanim w pewnei ostatecznej postaci wykrystalizują się w świadomości.

Najlepszą ilustrację wspomnianych tutaj elementów teorji psychoanalitycznej stanowi analiza marzeń sennych i objawów neurotycznych. Każdy objaw konwersji histerycznej, każda fobja lub natręctwo myślowe w budowie swojej i rozwoju wykazują działanie wspomnianych procesów psychicznych.

Dla teorji postępowania w ogólności, w szczególności zaś postępowania kryminalnego, wywody powyższe mają, jak widać odrazu, znaczenie zasadnicze. Wynika z nich twierdzenie o podwójnym aspekcie każdego czynu. Może on *po pierwsze* odpowiadać pewnym zamierzeniom świadomym i oczywistym, zmierzać do osiągnięcia pewnych celów realnych, ale może *powtóre* pełnić funkcję wyładowania pewnych popędów, z których istotnej treści i kierunku sprawca czynu nie zdaje sobie wcale sprawy. Często spostrzegany proces

racjonalizacji utrudnia jeszcze dotkliwiej przeniknięcie w głąb istotnych pobudek postępowania: umysł chwyta chętnie motywy wtórne, mniej lub więcej racjonalne, zwłaszcza takie, które odpowiadają wymogom ja idealnego.

Dla uzasadnienia ogólnej teorji postępowania kryminalnego konieczne jest przypomnienie w największym skrócie pewnych elementów nauki o popędach, rozwoju libido i rozwoju jaźni. Popędy małego dziecka są zrazu autoerotyczne i jako takie nie liczą się wcale z objektywną rzeczywistością. Stosunek ich do rzeczywistości—o ile liczyć się z nią zaczynają i liczyć muszą — ma w sobie dużo pierwiastków destrukcyjnych, a nawet wyraźnie sadystycznych. Tendencje te występują już w formie zwanej oralną, gdzie impulsy sadystyczne (nazywamy je wtedy kanibalistycznemi) dążą do całkowitego wchłonięcia tego źródła zadowolenia, jakiem jest pierś karmicielki. Dla przyszłych dziejów osobnika ma ten pierwotny stop, jaki istnieje pomiędzy popędem samozachowawczym, a zadowoleniem zmysłowem wielkie znaczenie. Już tutaj mogą zachodzić pierwsze rozczarowania, pierwsze „urazy". Dookoła nich jako dookoła środkowego jądra mogą się nawarstwiać wszelkie następne zawody życiowe, czy uczuciowe. Wszelkie poczucie braku, upośledzenia przez życie czy otoczenie może — oczywista, nie musi — mieć tutaj swój pierwowzór. W ten sposób — i na to już tutaj pragnąłbym zwrócić uwagę—może nawet i odczucie braków w zakresie elementarnych potrzeb życiowych (zaspokojenie popędów samozachowawczych) mieć poważny przydźwięk zawodu erotycznego (w tem szerokiem znaczeniu tego słowa, jakie mu nadaje psychoanaliza).

Jedna z późniejszych faz rozwoju *libido*, zwana analno-sadystyczną, ma w toku naszych wywodów szczególniejsze znaczenie. Z całą wyrazistością występuje tutaj ambivalentny stosunek do rzeczywistości, tendencje do zniszczenia albo do zupełnego opanowania objektów, charakterystyczne reakcje uporu, przekory, złości, które stać się mogą pierwowzorem dla wszelkich późniejszych starć osobnika z rzeczywistością.

W toku dalszego rozwoju osobnika wszystkie te popędy podporządkowują się z jednej strony zasadzie rzeczywistości z drugiej popędom erotycznym sensu strict., które je ujarzmiają i łagodzą.

W stosunku do najbliższych sobie osób może dziecko rozwijać wszystkie wspomniane tutaj popędy. Osoby te stają się, jak wiadomo, ogniskami, dookoła których popędy teześrodkowują się z wielką siłą. Wszystkie te — mówiąc najogólniej — nastawienia kazirodcze, których stwierdzenie przysporzyło i przysparza nadal psycho-

analizie wielu wrogów — muszą w rozwoju normalnym zostać w odpowiedni sposób przezwyciężone i wysublimowane. W rozwoju neurotycznym proces ten nie udaje się w całej rozciągłości, i może się np. zdarzyć, iż w nieświadomem dorosłego mężczyzny pokutuje nadal w swej pierwotnej postaci nastawienie Edypa, zaś w nieświadomem starej kobiety prócz jej kompleksów dziecięcych w stosunku do rodziców, nastawienie erotyczne w stosunku do syna. Zobaczymy niezadługo, że te źródła zaburzeń neurotycznych mogą stać się tak samo punktem wyjścia wykroczeń kryminalnych.

Na zakończenie tego ekskursu w dziedzinę teorji psychoanalitycznej parę słów o rozwoju jaźni. Jaźń różniczkuje się z pośród pierwotnego chaosu, jakim jest „Ono" (Es) — rezerwoar popędów i *libido* — które zaczyna być jaźnią w miarę, jak następuje uświadomienie samego siebie oraz liczenie się z rzeczywistością. Uznanie pewnej sfery tej rzeczywistości, mianowicie wymogów otoczenia, jako rzeczywistości socjalnej, prowadzi do wytworzenia się w obrębie jaźni instancji, która jej się przeciwstawia, ocenia ją i hamuje. To ja idealne czyli ponad-jaźń, jako nosiciel sumienia, wstydu, wymogów estetycznych i pędu do doskonalenia się, staje się czynnikiem tłumiącym popędy i ujarzmiającym pierwotne, niezróżniczkowane „Ono" (Es). Ja idealne kształtuje się na obraz i podobieństwo autorytetów, które otaczają osobnika, począwszy od wczesnych lat dzieciństwa, stanowi niejako ich odbicie, ich reprezentację w duszy osobnika. Podobnie jak dziecko liczy się z głosem tych autorytetów, czy to z obawy przed karą, czy też pragnąc zasłużyć sobie na ich miłość, taksamo osobnik starszy uzależnia swoje postępowanie od swego ja idealnego. W stosunku swoim do jaźni powtarza ja idealne poczynania owych autorytetów z lat dzieciństwa, przyczem odbija w sobie również pierwotne popędy formacji „Ono" (Es), dla których zwalczania zostało właściwie utworzone. Poczucie rozbieżności pomiędzy jaźnią a ja idealnem może stać się źródłem przykrego i gnębiącego poczucia winy, które gwoli swego uspokojenia domaga się kary jako swoistej pokuty i odkupienia. W tej swojej potrzebie może jaźń dojść nawet do przymusowego przyznawania się, które odsłania wykroczenie i automatycznie sprowadza karę.

Wszystkie elementy z zakresu teorji psychoanalitycznej, o których tutaj wspomniałem, mają w równej mierze znaczenie dla teorji nerwic jak i dla zrozumienia postępowania kryminalnego. Ale przedewszystkiem nasuwa się pytanie, w jakiej mierze teorja objawów neurotycznych może służyć za podstawę teorji jakiegokolwiek postępowania. Różnica pomiędzy objawem a postępowaniem wydaje

się tutaj zasadnicza, ale są to tylko pozory. Doświadczenie pokazuje, że istnieją objawy neurotyczne w zakresie postępowania, które swój właściwy charakter objawiają przez swoją iracjonalność, stereotypowość i swoje przymusowe powtarzanie się. Z niewiadomych pobudek postępuje osobnik w danej sytuacji w sposób dziwaczny, nieraz wręcz szkodliwy i mimo smutnego doświadczenia postępowanie to powtarza po wielokroć, tak jakgdyby jakiś demon wewnętrzny pchał do na drogę zagłady.

Takie neurotyczne impulsy przybierają z łatwością charakter kryminalny. W ten sposób powstaje typ przestępcy neurotycznego, od którego odróżnić należy typ neurotyka, czy też raczej osobnika o t. zw. charakterze neurotycznym, u którego przestępstwo występuje jako wyjątkowe wyładowanie gromadzących się przez dłuższy czas napięć intrapsychicznych.

Źródłem przestępstw neurotycznych mogą być zaburzenia w tych różnych fazach rozwoju psychicznego, o których wspominaliśmy powyżej. Zacznijmy od powtarzających się reakcyj kryminalno-neurotycznych. Prototyp takiej reakcji, która znajduje się właściwie na pograniczu przestępczości, stanowić może fugue dziecka lub dorastającego młodzieńca, który, uciekając z domu rodziców albo chlebodawców przywłaszcza sobie jednocześnie pieniądze albo przedmioty. W analizowanym przezemnie (i w zupełności od wielu już lat wyleczonym) przypadku 20-letniego młodzieńca ucieczki z domu, wiązały się z poczuciem winy, wynikającem z masturbacji. Przywłaszczenie sobie pieniędzy, racjonalizowane jako konieczność zabierania środków na wędrówkę, ujawniło w analizie swoje drugie symboliczne znaczenie jako próba odebrania siły ojcu i skompensowania w ten sposób własnej słabości.

Przypadki kradzieży przymusowych stanowią jaskrawy przykład deliktów neurotycznych. Racjonalizacja idzie tutaj niekiedy o wiele dalej niż we wspomnianym przypadku i zaciera właściwe symboliczne znaczenie przestępstwa. To też nie można się dziwić, że czynniki nielekarskie z trudnością godzą się z właściwym poglądem na tę sprawę i w opinji lekarza-psychopatologa dopatrzą się łatwo przesadnej tendencji humanitarnej, zmierzającej do uniewinnienia przestępcy. A jednak psychoanaliza wykazuje przymusowy charakter deliktu, w którym chęć osiągnięcia korzyści materjalnej stanowi motyw wtórny, bez znaczenia dla właściwej genezy czynu.

Szereg przypadków kleptomanji, dokładnie zanalizowanych i przedstawionych w piśmiennictwie, wykazuje mechanizmy pokrewne, związane, mówiąc ogólnie, z poczuciem jakiegoś poważnego bra-

ku, krzywdy, doznanej niegdyś, która domaga się kompensaty. Z istoty tej sytuacji psychicznej wynika już sam ciągły i właściwie nigdy niezakończony szereg przestępstw, albowiem przywłaszczenie nie dotyczy, nie może wcale dotyczyć właściwego celu pragnień, który nie jest uświadomiony, ma zaś najczęściej charakter impulsywny, nierealny, źródłem takiego pragnienia bywa np. t. zw. kompleks kastracyjny, obawa o swój narząd seksualny, względnie fantazja o tem, że się go już utraciło. Kradzione przedmioty odgrywają wówczas rolę symbolicznych namiastek utraconego narządu, jako siedliska siły i dzielności [2]. Z konfliktów dzieciństwa odgrywa tutaj nieraz dużą rolę zazdrość o starsze rodzeństwo, które zajmuje uprzywilejowane stanowisko w rodzinie i przytłacza młodsze dziecko swoim autorytetem, siłą, agresywnością. Głębsze zdeterminowanie wykroczeń sięga nierzadko do najwcześniejszych urazów dzieciństwa, które w pewnych szczególnych warunkach i u osobników specjalnie usposobionych dotyczą nawet przeżyć tak zwykłych, jak odstawianie od piersi. Pragnienie moralne, chęć wchłonięcia, zatrzymania wszystkiego, co się podoba, przenosi się na różnorodne przedmioty i staje się silnym impulsem działania.

Pokrewieństwo struktury deliktów neurotycznych z objawami tejże kategorji znajduje swój wyraz w wielokrotnem zdeterminowaniu przestępstwa, które w różnych warstwach psychicznych różne posiada znaczenie.

Wybór przedmiotów kradzionych okazujes ię również niepozbawiony głębszego znaczenia. W przypadku *Alexandra* [1]) delikwentka ukradła w księgarni tanie wydanie „Fausta", pozatem kradła obrazy, przedstawiające matkę z dzieckiem (innych nawet cenniejszych nie ruszała), suknie, z których nie mogła mieć żadnego użytku. Wybór każdego z tych przedmiotów wypływał ze swoistych konfliktkw psychicznych. 21-letni kelner, opisany przez tegoż autora [4]), dopuścił się w przeciągu krótkiego czasu szeregu niemal identycznych przestępstw: jeździł bez określonego, a w każdym razie dostatecznie umotywowanego, celu na dłuższych przestrzeniach taksówką, nie mógł zapłacić i uciekał. Delikty te, których charakter iracjonalny i stereotypowy świadczył wyraźnie o tkwiących u ich podstawy impulsach neurotycznych, miały swoje źródło w niezmiernie żywym, niedostatecznie stłumionym kompleksie Edypa [9]). Z tego samego źródła płynęły liczne popełnione przez tegoż młodzieńca defraudacje. Motywy wszystkich tych występków były całkowicie nieświadome, stan psychiczny, w jakim były popełniane, należało określić jako stan podniecenia: dominowało w nim uczucie tęsknoty za

matką, połączone z lękiem. Z tego uczucia i ze związku swoich wykroczeń z matką zdawał sobie delikwent sprawę i bez psychoanalizy: kiedy wsiadał do samochodu, czuł, że ucieka przed matką.

W deliktach tego młodzieńca uderza pewna okoliczność bardzo szczególna: urządzał on się stale w ten sposób, że pozostawiał w rękach szofera taksówki, z której uciekał, dostateczne dane, ażeby go można było bez trudu ująć; on sam zdał z tego sprawę w ten sposób, że „woli zostać ukaranym, aniżeli błąkać się i ukrywać". Wrażenie, że mamy tutaj do czynienia z potrzebą kary, która inscenizuje przyznanie się do winy zapomocą odpowiednich śladów, zostaje potwierdzone przez psychoanalizę i stawia nas oko w oko z zagadnieniem zupełnie nowem i szczególnem. Okazuje się, że t. zw. przymus przyznawania się i potrzeba kary (*Reik*[5]) są nierzadkiem zjawiskiem u najrozmaiszych przestępców i tłómaczą niektóre objawy dla kryminologji dotąd raczej zagadkowe. W rozstrząsanie tych ostatnich nie będziemy się tutaj wdawali, natomiast zastanowić nas musi sama ich podstawa, sama ich możliwość psychologiczna. Już w roku 1915/16 opisał *Freud* w czasopiśmie Imago typ psychologiczny, który nazwał „przestępcą ze świadomości *winy*" [6]). Widywał on pacjentów, którzy — w następstwie etycznie i socjalnie bez zarzutu — w przeszłości swojej dopuścili się byli przestępstwa poto, ażeby odciążyć swoje dręczące i nieokreślone poczucie winy, ażeby — innemi słowy — znaleść dlań konkretne umiejscowienie. Genezę poczucia winy w ogólności upatruje *Freud* w przeżyciach, związanych z kompleksem Edypa. Obok tego szczególnego typu psychologicznego wspomina *Freud* o innym — jak to za chwilę zrozumiemy — pokrewnym, który określa jako „tych, co potykają się o swój sukces". Pomiędzy temi osobnikami, którzy załamują się wtedy, kiedy pozornie osiągają szczyt swojej linji życiowej i spełnienie najsilniejszych i najtajniejszych pragnień, widzimy takich, którzy do celu tego zmierzali poprzez zbrodnie. (*Freud* analizuje tutaj dwie postacie literackie Lady Macbeth i Rebekę West z *Rosmersholmu* Ibsena). Załamanie następuje tutaj naskutek wybuchającego gwałtownie poczucia winy — i potrzeby kary.

Krótkie ustalenia *Freuda* dały asumpt do dalszych badań, które mogły oprzeć się na rozbudowanej w międzyczasie psychologji jaźni. W osnowie struktury psychologicznej opisanych tutaj typów tkwi silne napięcie dynamiczne ja idealnego, które wymogami swemi niepokoi jaźń. Głębsza rozbieżność pomiędzy temi wymogami a jaźnią, szarpaną przez popędy z instancji „ono" (Es) stwarza dotkliwe poczucie winy, które gwoli swego uspokojenia potrzebuje cier-

pienia pod postacią kary. Kara ta pozatem być może źródłem mazochistyczaego zadowolenia, podobnie jak to bywa u dzieci, które zachowaniem się swojem umyślnie prowokują karę. Gwałtowność, ba, okrucieństwo, z jakiem nieraz w takich wypadkach poczyna sobie ponad-jaźń, bywa odbiciem nietylko agresywnego despotyzmu autorytetów wychowujących, ale również popędów samej instancji „ono" (Es).

Widzimy więc, że istnieją przestępcy, u których popełnienie deliktu nietylko nie oznacza braku czy też słabości ja idealnego jako uosobienia tłumiących instancyj moralnych, ale wręcz przeciwnie, przestępstwo popełnione zostaje niejako w służbie tych właśnie instancyj.

Szereg takich przypadków zna piśmiennictwo psychoanalityczne. Do najciekawszy należy opisany przez *Alexandra* 34-letni pseudolekarz Bruno [1]). Delikwent ten, który mimo braku dyplomu lekarskiego zdobył sobie solidne wiadomości i dobre stanowisko kliniczne, popełnił szereg kradzieży (książki, części mikroskopu, figurki porcelanowe), przyczem nietylko nie stosował żadnych środków ostrożności, ale urządzał się tak, ażeby odnalezienie go było zupełnie pewne. Szereg jego wykroczeń zmierzał wyraźnie do tego, ażeby zaprowadzić go do więzienia. Wykroczenia, te zarówno jak cała linja życiowa Brunona opierały się na pragnieniach, wywołujących głębokie poczucie winy. Jego potężne pragnienie zostać lekarzem tkwiło korzeniami swemi w nastawieniach dziecięcych i z wielu względów oznaczało walkę z ojcem i chęć zbliżenia się do matki. Naskutek tego jego bezprawna działalność lekarska dostarczała mu wielkiego zadowolenia, ale tylko tak długo, jak długo jego sytuacja materjalna była ciężka, ażeby przez narzuconą nań sumę cierpienia zaspakajać również i potrzeby „ja" idealnego. Z chwilą jednakże, gdy dzięki swoim zasługom uzyskał dobrze płatne stanowisko w klinice ginekologicznej i to pod kierownictwem przyjaźnie dlań usposobionego profesora, wówczas jego nielegalna działalność straciła charakter przekory i walki z ojcem, zaś poczucie winy wybuchło z wielką siłą. Delikty przyszły, jako wyładowanie dla tego poczucia, jako prowokacje przyszłej kary. Niektóre z nich miały na celu sprowokować otoczenie — jako zastępstwo ojca — do czynów surowych, niesprawiedliwych, a to w tym celu, by zmusić je do postępowania niesłusznego i w ten sposób odciążyć poczucie winy przestępcy, nie zmniejszając jego krnąbrności. Zapomocą występków swoich kształtował on otoczenie na obraz i podobieństwo swego surowego, de-

spotycznego ojca, który przyczynił się do całego tego wykrzywienia jego rozwoju psychicznego i jego linji życiowej.

Krótki konspekt nie jest w stanie dać interesujących szczegółów analizy, a przedewszystkiem przynieść dostateczne potwierdzenie faktyczne jej wniosków i sformułowań, ale i tak zatrzymaliśmy się już nazbyt długo nad sprawą przestępcy z poczucia winy — dodajmy jeszcze, że jest to jedna z ważnych postaci charakteru przestępczo-neurotycznego. Charaktery tego typu, obdarzone nierzadko dużym zasobem zapału i zdolności, wykreślają sobie całkiem szczególną linję życiową, po której łatwo je poznać. Widujemy tutaj ludzi, którzy stworzoną przez własne wysiłki świetną sytuację życiową burzą również sami w ten sposób, że nagle jakgdyby, z głębi ich istoty, tryskają impulsy, ukazują się posunięcia, które wciągają ich w konflikt z prawem, psują im opinję, stosunki i sytuację, grożą więzieniem i zmuszają do ucieczki. Wszystko to niby pod urokiem prawdziwie demonicznego przymusu powtarzania, powtarza się po wielokroć na przestrzeni długich lat życia i spada za każdym razem niby grom z jasnego nieba. Oto prawdziwa A n a n k e — los wewnętrzny, ukryty w mrokach nieświadomego.

Obok neurozy i charakteru neurotycznego dużego kontygentu przestępców dostarczają charaktery popędowe i perwersyjne (nie mówiąc już o rzeczywistych perwesjach). Charakter popędowy, którego to terminu używa w nauce analitycznej po raz pierwszy *Reich* [7]), odpowiada poczęści temu co nazywamy psychopatją impulsywną. Pojęcie to, w zgłębieniu psychoanalitycznem, oznacza stałą przewagę popędów nad jaźnią wraz ze słabością, czy też niedostatecznym rozwojem ja idealnego. W charakterze perwersyjnym popędy cząstkowe, jako reprezentacja płciowości dziecięcej, biorą górę nad płciowością genitalną. I w jednym i w drugim przypadku przestępstwo wypływa z nadmiernego natężenia popędów przy nie-niedostatecznem działaniu czynników tłumiących.

Ekspansywna siła popędów obok słabości ponad-jaźni zmusza je do działania na terenie rzeczywistości i nie pozwala na wyżywanie się ich w samych tylko fantazjach lub też w zakapturzonej postaci w objawach neurotycznych. W 1919 r. w mojej rozprawie doktorskiej [8]) opisałem typ deliktów, które przedstawiały się jako prymitywne żywiołowe reakcje osobników psychopatycznych na nieznośną rzeczywistość zewnętrzną. Podpalenie np. występowało tutaj jako symboliczne zniszczenie otaczającej rzeczywistości przy jednoczesnem wyładowaniu nagromadzonej bez dostatecznych wentylów *libido*.

Popędy cząstkowe, które przeważają w strukturze charakteru perwersyjno kryminalnego, mają najczęciej zabarwienie sadystyczne, przyczem sadyzm ten może wiązać się z różnemi innemi nastawieniami popędowemi np. homoseksualizmem. W każdym homoseksualizmie czynnym istnieje wyraźny przydźwięk sadystyczny. Najczęściej postać, w jakiej on występuje, odbiega od prymitywnego sadyzmu w tem znaczeniu, że doznawanie rozkoszy nie ma za swój nieodzowny warunek sprawiania bólu i wykonywania okrucieństwa: wystarczy opanowanie, upokorzenie lub poniżenie objektu. Lecz w pewnych przypadkach te pochodne postaci sadyzmu nie wystarczają i wtedy otwiera się droga do występku. Prócz tego wcharakterze perwersyjnym, jako w charakterze nieharmonijnym, którego rozwój został zamącony, kłębią się rozmaite nastawienia popędowe dzieciństwa z okresu dojrzewania, niedostatecznie stłumione, nie wysublimowane, które stanowią ciągły motor, ciągłe zarzewie nowych walk z otoczeniem. Nad wszystkiem dominuje popęd destrukcyjny, częsta jest przekora, wywodząca się bezpośrednio z gwałtownego, niezlikwidowanego kompleksu Edypa. Przykładów możnaby przytoczyć bardzo wiele, wspomnijmy tylko, że u słynnego *Haarmana* występowała w ciągu całego życia wyjątkowo gwałtowna nienawiść do ojca, która w morderstwach znajdowała swoje przesunięte wyładowanie na innych osobach. U t. zw. wampira z Düsseldorfu *Kürtena* obok gwałtownego sadyzmu występowała wyzywająca postawa w stosunku do wszelkich władz, autorytetów i całego społeczeństwa.

Szczególne zaburzenia w rozwoju „ja" idealnego cechują zarówno przestępcę neurotycznego, jak i t. zw. charakter popędowy, tudzież dość często zwykłego t. zw. normalnego przestępcę. Przypominam krótkie uwagi na temat tworzenia się ponad-jaźni i więzi socjalnej, która utrzymuje w karbach popędy, poddając je bądź tłumieniu bądź też uwzniośleniu. Proces ustanowienia w obrębie jaźni instancji normatywnej, który w przebiegu rozwoju prawidłowego prowadzi do organicznego wcielenia obrazów osób czczonych i ukochanych, w pewnych przypadkach nie przekracza stadjum lęku przed karą. Lęk ten, który u większości ludzi jest ważnym czynnikiem hamującym, stanowi u niektórych jedyny hamulec. U takiego osobnika wystarczy, oczywiście, silne napięcie popędu do usunięcia w cień obawy i popełnienia czynu aspołecznego. Silna ambiwalencja w stosunku do jednego z rodziców bywa ważnym czynnikiem, hamującym właściwy rozwój ja idealnego. Trudno bowiem przeprowadzić jaźni dziecięcej proces identyfikacji z ojcem lub matką, wtedy gdy dziecko odczuwa dla nich zbyt dużo niechęci

i nienawiści. Obok ambiwalencji ustrojowej trudności te — i wynikające z nich późniejsze skutki — widujemy nierzadko wtedy, gdy charakter i postępowanie jednego z rodziców, cechuje złośliwość, despotyzm, okrucieństwo lub poprostu nadmierna, opierająca się na zasadach surowość. Brak miłości ze strony rodziców lub otoczenia oznacza brak potężnego czynnika, który normalnie działa zobojętniająco na tkwiące w dziecku ładunki popędów agresywno-destrukcyjnych. Wychowanie, które nie daje dziecku uczucia, stwarza pomyślne warunki dla rozwoju asocjalnego. Wielkie rozczarowanie uczuciowe, przeżyte w stosunku do rodziców, zawód sprawiony przez ich postępki, które naprawdę, albo tylko pozornie kłócą się z normami etycznemi — oto czynniki uspasabiające do asocjalnego zaburzenia w rozwoju ponad-jaźni. Kiedy autorytety nie przestrzegają norm etycznych, wtedy i samemu nie warto wyrzekać się bezpośrednich zadowoleń.

Istnieje wreszcie wielka grupa osobników występnych, u których nie można mówić o braku „ja" idealnego. W ich jaźni istnieją pewne normy i nakazy, tylko że nie odpowiadają one normom ogólnie przyjętym w społeczeństwie. *Aichhorn*, który w swej świetnej pracy o „zaniedbanej młodzieży" [9]), opisał przedstawicieli młodzieży występnej i aspołecznej, dochodzi do wniosku, że osobniki te posiadają kryminalną ponad-jaźń, są przystosowane do swego kryminalnego otoczenia i odpowiednich wzorów. Możemy zresztą obserwować, jak na terenie ideologji pewnych ruchów zbiorowych tworzą się normy, które z punktu widzenia reszty społeczeństwa noszą charakter występny. Wykonawca mordu kapturowego uważa się za przedstawiciela prawdziwej etyki.

Zagadnienie przestępstwa wyjątkowego jest niemniej złożone aniżeli sprawa przestępczości nałogowej. I tutaj odróżnić musimy występek osobnika skądinąd normalnego od czynu, na który złożyło się długotrwałe zaburzenie neurotyczne. Wielorakość możliwych mechanizmów w pierwszym wypadku nie pozwala na ich sumaryczne przedstawienie. Na niektóre chciałbym jednakże zwrócić uwagę.

Hamulce, które przeciwstawiają się skutecznie popędom agresywnym, istnienie swoje zawdzięczają, jakeśmy widzieli, wpływowi autorytetów osób czczonych i kochanych. Do tego samego rezultatu co zaburzenie w rozwoju ja idealnego u dziecka może doprowadzić regresja, zniszczenie, albo raczej chwilowe osłabienie dynamiczne ponad-jaźni naskutek doznanego zawodu i krzywdy. Niesprawiedliwość, której człowiek staje się ofiarą, wywołuje oprócz

protestu i pragnienia zemsty załamanie się przywiązania do t. zw. porządku moralnego. Dzieje wielu bohaterów ludowych, szlachetnych bandytów, rozbójniczych mścicieli krzywdy ludowej rozpoczynają się od takiego właśnie momentu.

Pouczające okazuje się również przestępstwo wyjątkowe pod wpływem namiętności. Tutaj albo napięcie popędu agresywnego (wywołanego najczęściej przez zawód uczuciowy, rzadziej przez obrażoną ambicję) jest tak silne, że udaje mu się obezwładnić ja idealne i, opanowawszy jaźń, znaleźć dostęp do zamkniętej dlań zazwyczaj sfery ruchowej. Albo też — inna możliwość — zawiedziona namiętność czy ambicja zapewnia sobie sankcję ja idealnego, które zostało przekupione przez przeżyte cierpienie — i które pozwala na popełnienie przestępstwa rzekomo w celach idealnych, gwoli ustanowienia obrażonego porządku moralnego. Tak może rozumować zazdrosny mąż, który zabija niewierną żonę, tak również podwładny, który strzela do krzywdzącego go przełożonego.

Przestępstwo, jako wyjątkowe wyładowanie napięcia patologicznego, przygotowuje się zazwyczaj przez czas dłuższy. Napięcie popędów musi dojść do niezwykłego natężenia, intencje tłumiące zostać ujarzmione lub przeciągnięte na stronę „*Es*". Drobne samo przez się wydarzenie zewnętrzne staje się prawdziwą iskrą, która zapala ładunek dynamitu.

Chciałbym w największym skrócie wspomnieć o dwóch takich przypadkach, w których psychoanaliza przyniosła zrozumienie przestępstwa. Jeden dotyczy francuski pani *Lefebre* i został zaanalizowany i opisany przez panią Bonaparte [10]). Pani L. 60-letnia żona zamożnego kupca zastrzeliła podczas przejażdżki autem, prowadzonem przez syna, swoją synową, która znajdowała się w 6-ym miesiącu ciąży. Żadnych zrozumiałych motywów morderczyni wskazać nie mogła, skazana zrazu na śmierć, następnie na dożywotnie więzienie, nie zdradzała najmniejszej skruchy i pędzi w więzieniu spokojny żywot.

W chwili przestępstwa miała pani L. przekonanie, że spełniła swój obowiązek, badana półtora roku potem uważa również, że czyn jej był zupełnie słuszny, ba, nie sprzeciwia się jej uczuciom religijnym.

Badanie psychoanalityczne — o prawidłowej psychoanalizie nie mogło być tutaj mowy — wykazało, że pani L. usunęła synową, która wedle jej odczuwania zabrała jej syna. Zazdrość i nienawiść w stosunku do synowej narastały od początku małżeństwa syna, aż

wreszcie stały się nie do zniesienia, z chwilą, gdy okazało się, że znienawidzona „rywalka" będzie miała dziecko.

Nie mogąc pozwolić sobie na dokładniejszą relację o tym niezmiernie interesującym przypadku, chciałbym tylko zwrócić uwagę na dwa momenty. Pierwszy to nieświadome źródło całej tej zawiści w sytuacji psychicznej morderczyni w latach dzieciństwa. W stosunku do matki swojej i do jej ciąży przeżywała pani L. uczucia podobne i bardzo gwałtowne. Nienawiść do matki przeniosła się wówczas na owoc jej ciąży — młodszą siostrę, ostatnio przesunęła ją na synową.

Drugi moment to ostateczne umożliwienie psychiczne samego czynu, który wydawał się przestępczyni zgodny z jej poczuciem moralnem. Dziwna ta aberacja stała się możliwa dzięki działaniu swoistych mechanizmów rzutowania i utożsamienia. W osobie synowej ukarała pani L. samą siebie, swoje własne występne „ja", które ongiś zazdrościło ciąży matce i życzyło jej śmierci. Utożsamienie z karzącą matką doprowadziło do połączenia się w jedno „*Es*" i „ja" idealnego, zaś własne dziecięce popędy z kompleksu Edypa, zazdrości i nienawiści, zostały — drogą rzutowania — przypisane synowej. W ten sposób mogła morderczyni, wyładowując własny popęd destrukcyjny, działać rzekomo w obronie porządku moralnego, naruszonego przez synową

Drugi przypadek, w którym morderstwo było równie niespodziewane, został szczegółowo przedstawiony przez *Alexandra* [11]) i dotyczy 19-letniego Markusa, który podczas sprzeczki zastrzelił swego o dwa lata młodszego brata i rówieśnika — przyjaciela. Tajemnica tego podwójnego morderstwa, popełnionego przez chłopca spokojnego i raczej nieśmiałego, tkwi w głębokiem rozdwojeniu jego sfery uczuciowo-popędowej. Tyranizowany przez silniejszego brata, odczuwał on z jednej strony porywy protestującej męskości, z drugiej nurtowały go silne tendencje biernej kobiecości i poddania się, pragnienie oparcia się, przytulenia do mocniejszego brata. Przeciwko tym tendencjom, które w świadomości prezentowały się przedewszystkiem, jako poczucie mniejszej wartości, buntowała się druga strona jego popędów, pchając go do wykazania swoich sił i swojej męskości. Ale walka była o tyle nierówna, że tendencje męskie były słabe, zaś niepowodzenia w pierwszych próbach zawodowych wzmogły w nim niewiarę w siebie i potrzebę oparcia się, potęgując jednocześnie pragnienie ucieczki przed tem ostatecznem przyznaniem się do porażki.

Zabijając brata, zgładził Markus swego tyrana, usiłując jedno-

cześnie zniszczyć własną potrzebę poddania się, własną słabość i zamanifestować swą męskość. Zabójstwo przyjaciela oznaczało walkę z własnem nastawieniem homoerotycznem: Markus był zazdrosny o przyjaciela, którego faworyzował tyran-brat. Konflikt wewnętrzny, który nie mógł znaleść rozwiązania, znalazł swoje wyładowanie na zewnątrz: gwałtowność tego wyładowania odpowiadała nagromadzonemu przez długie lata napięciu walczących ze sobą popędów. Okoliczności zewnętrzne, które tutaj pomijam, same przez się nieważne, zadecydowały tutaj jedynie o chwili wybuchu.

Dwa momenty w historji Markusa dadzą nam asumpt do krótkiego omówienia ewentualnego znaczenia psychoanalizy w postępowaniu dowodowem, w ocenie poszlak przestępstwa, zeznań świadków i samego delikwenta.

Na parę miesięcy przed zbrodnią Markus kupił sobie rewolwer, wałęsał się z nim w dzielnicy apaszów i robił próby strzelania. Przy wydaniu wyroku sąd opierał się między innemi na tej okoliczności, w której, rzecz prosta, nie trudno było dopatrzeć się jawnego dowodu długotrwałej premedytacji. Tymczasem cóż wykazało badanie psychoanalityczne? O premedytacji nie było tutaj mowy, czyn zbrodniczy zjawił się jako nagły, gwałtowny wybuch, zaś kupno rewolweru i próby strzelania płynęły z pragnienia męskości, oznaczały próby kompensaty własnej coraz dotkliwiej dręczącej słabości. Znaczenie rewolweru jako częstego symbolu chociażby w marzeniach sennych, jest pod tym względem bardzo wymowne.

Drugi szczegół dotyczy zeznań zabójcy. Tam gdzie zeznania te obejmują zabójstwo przyjaciela, są one sprzeczne i niejasne. I znów wiemy, że w takich momentach sąd skłonny jest upatrywać wyraz złej woli oskarżonego. Tymczasem rozważanie psychoanalityczne ukazuje rzecz tę w odmiennem zgoła świetle. Nieświadome motywy zabójstwa przyjaciela, tkwiące, jakeśmy słyszeli, w kobieco zabarwionej zazdrości o jego przyjaźń z bratem, sprzeciwiają się najbardziej jego świadomemu pragnieniu męskości i jego buntowi przeciwko tyranji brata. Motywy te obrażają jego ambicję męską i, jako takie, zostają stłumione. Przyznanie się do nich oznacza przyznanie się do tego, że w głębi duszy podziwiał brata tyrana i chciał być przezeń chroniony i kochany jak jego przyjaciel. Stłumienie obejmuje tutaj zarówno motywy jak i szczegóły samego przebiegu zbrodni. Stłumienie nie dotyczy zabójstwa brata, którego motywy zgodne są ze świadomością.

Drugi przykład pozwolę sobie zaczerpnąć z własnego doświad-

czenia sądowo-lekarskiego. Aktora warszawskiego, znanego w świecie prostytutek, jako Józefa Dusia, znaleziono uduszonego przez zadzierżgnięcie. Okazało się, że denat dotknięty był ciężką perwersją masochistyczną; dla osiągnięcia orgazmu dawał się dusić kobietom, które znały go dobrze z tego dziwnego zwyczaju. Okoliczność, że u prostytutki, która na własne żądanie „Dusia" zacisnęła na nim zabójczą pętlę i odeszła (ten ostatni raz nie udało się już Dusiowi uwolnić od pętli), znaleziono części jego garderoby, zdawała się przemawiać przeciwko niej; w sensie świadomego zabójstwa mogło również przemawiać zabranie przez mimowolną zabójczynię pieniędzy, jakie denat miał przy sobie.

Tymczasem dla znawcy było rzeczą jasną — co potwierdziły zeznania świadków i o czem udało się bez trudu przekonać sąd — że odebranie pieniędzy i garderoby były to składniki mazochistycznego aktu, które Duś inscenizował gwoli pełniejszego zadowolenia. Rozważanie psychoanalityczne zdołało również wyjaśnić pozorną sprzeczność pomiędzy zeznaniami żony zmarłego, która zapewniała o ich normalnem pożyciu, pozbawionem pierwiastków perwersyjnych, a zeznaniami kobiet, które bywały narzędziami jego ponurych rozkoszy. Właśnie perwersja tak obca świadomości, tak przeciwna wymogom ponad-jaźni mogła pędzić zupełnie odrębny żywot na marginesie zwykłego normalnego życia denata. Zachodził tutaj do pewnego stopnia przypadek podwójnej osobowości.

Ostatni wreszcie przykład ma cel negatywny: chodzi mi o pokazanie, jak nie wolno i nie należy stosować wyników psychoanalizy do postępowania sądowego.

W roku 1929 odbył się w Insbrucku słynny proces Halsmana, oskarżonego o zamordowanie ojca podczas wspólnej wycieczki w góry. Mimo słabe dowody skazano oskarżonego — wyrok który wywołał gwałtowną kampanję prasową i prawniczą. Oczywiście, oskarżenie powoływało się między innemi na orzeczenie biegłych — psychjatrów, którzy stwierdzili u oskarżonego istnienie kompleksu Edypa, jakkolwiek byli sami dość ostrożni, aby nie wyprowadzać stąd żadnych wniosków [12]).

Istnienie kompleksu Edypa nie mogło, jak to z całym naciskiem podkreślił *Freud* [13]), stanowić dowodu przeciw oskarżonemu. Pogląd przeciwny świadczy o całkowitem niezrozumieniu nauki psychoanalitycznej. Kompleks ten jest ogólnie rozpowszechniony i właśnie dlatego nie nadaje się jako poszlaka do ustalenia sprawcy. Dopiero gdyby zostało objektywnie stwierdzone, że Halsman zamordował ojca, wówczas możnaby powołać się na kompleks Edypa, ażeby

wyjaśnić ten niezrozumiały występek; ale i wówczas motywacja ta nie byłaby jeszcze wystarczająca, albowiem przy całej swej powszechności nie znajduje zazwyczaj kompleks Edypa swojej pełnej realizacji.

W związku z tem przypomina *Freud* o braciach Karamazowych Dostojewskiego, gdzie sytuacja edypowska stanowi punkt ciężkości. Dymitrij Karamazow nie ukrywał swego zamiaru gwałtownej zemsty na ojcu, który go prześladował i rywalizował z nim w walce o ukochaną kobietę. To też nic dziwnego, że po zamordowaniu i obrabowaniu ojca on właśnie zostaje oskarżony i osądzony, mimo najuroczystsze zapewnienia o swej niewinności. A jednak Dymitrij jest niewinny; inny brat popełnił zbrodnię.

Z pośród zasadniczych zagadnień kryminologicznych, do których wyjaśnienia przyczynia się psychoanaliza w znacznym stopniu, na pierwszym miejscy wymienić należy sprawę exogenezy i endogenezy przestępstwa i przestępczości. Nie mając zamiaru ani możności rozważać tutaj całości tego niezmiernie trudnego zagadnienia, wspomnę tylko o niektórych momentach.

Warunki zewnętrzne zazębiają się w szczególny sposób z czynnikami ustrojowemi, popędowemi, wykorzystują je i potęgują. Tak np. dotkliwy niedostatek lat dziecinnych, częsty głód, konieczność dzielenia się skąpą strawą z licznem rodzeństwem — wszystko to może stworzyć nastawienie oralne, które będzie spotęgowaniem tendencyj ustrojowych, których nasilenie bywa, jak wiadomo, różne w zależności od więzi (konstytucji). Nastawienie to będzie się wyrażało na swym pierwotnym terenie w chciwem i nienasyconem łakomstwie, zaś przeniesione na inne dziedziny, w chciwości i zazdrości o posiadanie. Jeden z młodocianych delikwentów mojej obserwacji, widząc u któregoś z kolegów jakiś smakołyk, pożądał go tak łapczywie, że obiecywał zapłacić zań każdą żądaną sumę. Nie mogąc następnie wywiązać się z zaciągniętego zobowiązania, uciekał się do kradzieży. Chłopiec ten głodował od najwcześniejszego dzieciństwa, a w trzecim roku życia odbył wraz z wujkiem pieszą wędrówkę na przestrzeni 100 kilometrów w poszukiwaniu chleba u dziadków.

Tak ważny w etjologji przestępstwa czynnik, jakim jest sytuacja gospodarcza, działa również za pośrednictwem zmian, które wywołuje w nastawieniach popędowych. Słusznie mówi tutaj *Bernfeld*[14]) o tem co nazywa on „sytuacją Tantala", czyli o sytuacji psychicznej ludzi, którzy, widząc dookoła siebie wszelkie dobra życiowe, sami pozbawieni są możliwości zaspokojenia swych najbardziej

zasadniczych potrzeb. Sytuacja taka wzmaga nasilenie popędów zaborczych, agresywnych, tembardziej, że stają się one do pewnego stopnia rezonansem narastającej agresywności całych mas ludzkich. Przestępstwa, które wzmagają się w czasie kryzysów gospodarczych oraz okrucieństwa, które towarzyszą wybuchającym w takich okresach ruchom rewolucyjnym, stanowią tutaj wymowną ilustrację.

Niedostatek, odczuwany z łatwością, jako krzywda wyrządzona przez los, państwo czy społeczeństwo, oddziaływa w tym jeszcze kierunku, że cierpienia, które ze sobą przynosi, stają się dostatecznem zadośćuczynieniem dla ja idealnego, łagodzą jego napięcie i dopuszczają w ten sposób do głosu tłumione popędy o charakterze gwałtownym i agresywnym. Pozatem w sytuacji realnej i tak niedobrej, przy znacznem zmniejszeniu wszelkich szans życiowych, obawa kary traci swoją rolę hamującą, co ułatwia przestępstwo, tembardziej, że u wielu ludzi ja idealne ma jeszcze, jakeśmy o tem już wspominali, charakter raczej zewnętrzny.

Wreszcie sytuacja gospodarcza okazuje się ważnym czynnikiem, który może sprzyjać albo też przeszkodzić zaspokojeniu popędów na wyższym, społecznie i kulturalnie cennym poziomie. Jak słusznie podkreśla *Fromm* [15]), możliwość sublimowania zależna jest nietylko od czynników indywidualnych (wrodzonych i rozwojowych) ale i od sytuacji społecznej osobnika. Zarówno w dzieciństwie jak i w latach dojrzałych nie każdy umie w jednakowym stopniu korzystać z tak zwanych dóbr kulturalnych: wychowanie, rodzaj zawodu, rozrywki — wszystko to zależy przedewszystkiem od stopnia zamożności.

W ten sposób okazuje się, że sytuacja gospodarcza nie tylko bezpośrednio staje się czynnikiem etjologicznym przestępstwa, ale i pośrednio przez uniemożliwienie właściwego wyładowania dla agresywnych popędów z jednej i wzmożenie ich z drugiej strony, reaktywuje gwałtowne nastawienia, które znajdują ujście w przestępstwie.

Nie trzeba dodawać, że podobny stosunek szeregu uzupełniającego zachodzi pomiędzy popędami a sytuacją rodzinną. Występuje tutaj nierzadko zazębienie obustronne: sadystyczne nastawienie ojca wzmaga agresywność syna, która z kolei prowokuje tem większą gwałtowność ojca w stosunku do krnąbrnego potomka. W takich wypadkach widzimy, jak nienawiść do ojca przenosi się na całe otoczenie, prawo i społeczeństwo, tak, że jedna linja prosta prowadzi do przyszłej przestępczości.

Poświęciwszy większą część naszego czasu omówieniu psychologji przestępcy, nie możemy jednakże pominąć całkowicie drugiego kontrahenta tego stosunku, jaki łączy przestępcę z resztą społeczeństwa. Albowiem przestępca ma swoją rację bytu tylko w związku z prawem, które obraża, ze społeczeństwem, przeciw któremu występuje.

Psychologja instancyj karzących pełna jest niezmiernie interesujących zagadnień i niespodzianek, których wyświetlenie rzuca jaskrawe światło na istotę kary i sprawiedliwości. Zrozumienie psychologji sędziego ma niemniejsze znaczenie dla podniesienia sądownictwa aniżeli zbadanie psychiki pedagoga dla udoskonalenia wychowania.

Bodaj, że najważniejsze jest stwierdzenie oczywistej niemal prawdy, iż zasadnicze popędy, które w pewnych warunkach prowadzą do przestępstwa, właściwem są również reszcie społeczeństwa, tudzież samemu sędziemu. Oto jak mówi o tem ustami swego Zarathustry wielki psycholog *Nietsche*: „A ty, czerwony sędzio, gdybyś ty głośno powiedzieć chciał to wszystko, cóżeś w myślach już popełnił, zawołałby każdy: precz z tem plugastwem, precz z tym czerwiem jadowitym" [16]).

Wynikają stąd konsekwencje rozliczne i doniosłe. Przestępca, dając upust własnym tłumionym przez resztę ludzi popędom, obraża porządek moralny, który polega na tem, że wszyscy popędy te tłumią i tłumić muszą. Dlatego psychika zbiorowa domaga się kary jako zadośćuczynienia i kompensaty za zadowolenie, na jakie pozwolił sobie jeden z jej przedstawicieli.

Z tej samej przyczyny przestępstwo nieukarane drażni i niepokoi.

Kara, jako taka, pozwala na wyładowanie w sposób legalny i dozwolony tłumionego sadyzmu. Ponieważ zaś istnienie grup społecznych możliwe jest jedynie dzięki tłumieniu sadyzmów indywidualnych, więc kara stanowi rekompensatę, dzięki której wyżywa się sadyzm społeczeństwa. Podniecenie, z jakiem opinja śledzi za procesem karnym, jej stosunek do sprawy winy lub niewinności, kary lub uniewinnienia, są tutaj najwymowniejszą ilustracją. Niemniej wymowne są z tego punktu widzenia dzieje kary, jej pochodzenie z prawa taljonu czyli odwetu oraz jej pierwotne postaci, ich okrucieństwo i charakter publiczny.

Jeśli więc poczucie sprawiedliwości społeczeństwa przedstawia się w świetle analizy w znacznej mierze, jako wyraz nieświadomej potrzeby zemsty i odwetu, to zrozumiałym się staje charakter kary,

która zamiast służyć li tylko celom racjonalnym, ciąży ku swemu pierwotnemu przeznaczeniu. Ale jeśli słabe być mogą nasze nadzieje na zmiany w tym kierunku w psychice zbiorowej, to tem usilniej możemy pracować nad uświadomieniem i udoskonaleniem wewnętrznem jednostek, które o charakterze kary i jej wymiarze decydują. Prawodawca i sędzia mogą uwolnić się od własnych nieświadomych kompleksów i jasne jest, że im mniej własnego nieświadomego sadyzmu będzie miał do wyładowania sędzia w procesie karnym i skazaniu, tem większe będą gwarancje prawdziwej sprawiedliwości i celowości. Albowiem jeśli nawet opinia ludowa ściga w przestępcy własne zbrodnicze „Es", to niedopuszczalną jest rzeczą, ażeby to samo stanowiło ukryty cel poczynań prawodawcy i sędziego.

W tem sprzężeniu, które wiąże przestępcę i karzące go społeczeństwo, niecelowość czynników karzących, którym nie udaje się zahamować przestępczości, świadczy — przynajmniej poczęści — o współzależności pierwiastków nieświadomych u obu stron. Albowiem czynniki nieświadome przez swój iracjonalny charakter udaremniają osiągnięcie świadomych celów [17]).

Żadne słowa nie są w stanie jaskrawiej oddać daremności wysiłków panującego systemu karnego aniżeli lapidarne ujęcie czołowego kryminologa *v Liszta*, z którego przytoczę tutaj tylko parę zdań: „z każdem skazaniem wzrasta skłonność do przestępstwa. Im cięższa była kara co do swego rodzaju i wymiaru, tem prędzej następuje recydywa. ...można bez przesady powiedzieć, że każde ukaranie stanowi czynnik sprzyjający przestępczości" [18]).

Brak miejsca i kompetencji nie pozwoli nam, rzecz prosta, na rozważanie tutaj całego tego niezmiernie skomplikowanego zagadnienia i rozwijania projektów reformy. Pragniemy tylko w krótkich słowach podkreślić, jakie punkty widzenia przynosi tutaj już dzisiaj kryminologja psychoanalityczna.

Zacznijmy od sprawy zapobiegania przestępczości. Znaczenie czynników ekonomicznych zostało już przez nas oświetlone, nie jest rzeczą lekarza wskazywać drogi naprawy, może natomiast z całym naciskiem wyjaśniać znaczenie zła i granice, jakie zakreśla ono wszelkim usiłowaniom zapobiegawczym i leczniczym. Pod tym względem rola lekarza w kryminologji nie różni się zasadniczo od jego stosunku do higjeny społecznej w ogólności [19]).

Wychowanie, którego błędy i trudności mogą stanowić zalążki przyszłego wykolejenia społeczno-moralnego, powinno stać się głównym przedmiotem troskliwości profilaktycznej. Wczesne uchwycenie podstawowych konfliktów i społecznych reakcyj, właściwe ich po-

traktowanie przez odpowiedni wpływ na dziecko i otoczenie — mają niemniejsze znaczenie dla profilaktyki przestępstwa co dla zapobiegania schorzeniom neurotycznym. Rozwój poradni pedologicznych, który widzimy w ostatnich latach i u nas, ma pod tym względem doniosłe znaczenie. Wytyczne powinna tutaj dawać pedagogika psychoanalityczna, która w ostatnich czasach bardzo się rozwinęła i pogłębiła. Kontakt poradni z rodziną i ze szkołą musi być niemniejszy niż z dzieckiem, lekarz i wychowawca muszą stale współpracować z pielęgniarką społeczną. Z pośród licznych trudności, które ograniczają i krępują działalność poradni, na pierwszem miejscu postawić należy brak stacji obserwacyjnej oraz zakładów leczniczo-wychowawczych. Wiemy dobrze, że w trudniejszych przypadkach właściwa poprawa psychiki dziecka (czy dorastającego młodzieńca) może dokonać się jedynie poza szkodliwem dlań środowiskiem[20]).

To samo — w większym jeszcze stopniu — dotyczy przestępczości młodzieńczej już istniejącej. Działalność sądów dla nieletnich może mieć właściwe znaczenie praktyczne dopiero łącznie z rozbudową zakładów leczniczo-wychowawczych. Punkt widzenia leczniczy musimy stosować w całej rozciągłości do nieletniego przestępcy, którego wykolejenie moralne winniśmy przedewszystkiem poddać dokładnej analizie psychologiczno-społecznej. Jeśli gdzie, to tutaj, na początku karjery przestępczej, powinniśmy wyeliminować z kary czynnik odwetu, i zemsty, kształtując ją jedynie z myślą o poprawie i przebudowie całej osobowości.

Czy z tego punktu widzenia zachować może kara wogóle swoją celowość i rację bytu? Na pytanie to, zwłaszcza w odniesieniu do bardziej już ustabilizowanego przestępcy, nie będziemy mogli, na podstawie naszych rozważań udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Z pośród różnych kategoryj przestępcy, któreśmy tutaj z psychologicznego punktu widzenia wyodrębnili, musi od razu odpaść, rzecz prosta, przestępca z poczucia winy. Wymierzając mu karę, idziemy wszak na rękę jego najgłębszej potrzebie wewnętrznej. Po jej zaspokojeniu może on i musi przez swoje postępowanie wywołać na nowo konflikt z prawem i prowokować społeczeństwo do nowych względem siebie represji.

Nie o wiele mniejsze zastrzeżenia będziemy mieli w stosunku do przestępcy neurotycznego, którego wykroczenia mają charakter czynów przymusowych, iracjonalnych, zdeterminowanych nie przez motywy celowe i świadome. Ukaranie go, nieuzasadnione moralnie, nie może okazać się celowe praktycznie. Zastosowanie w tych przy-

padkach, które psychjatra sądowy kwalifikuje przeważnie, jako psychopatyczne, t. zw. poczytalności zmniejszonej, nie wystarcza z punktu widzenia rozwiniętych tutaj kryterjów. Indywidualne potraktowanie każdego takiego przypadku, próba leczenia i wychowania, przeprowadzona zależnie od różnych okoliczności, bądź w odpowiednim zakładzie, bądź też na wolności przy zastosowaniu „kontroli ochronnej" *(Haun)* — przekonują nas dopiero o możliwościach poprawy przestępcy-neurotyka. Stwierdzenie niemożliwości wyleczenia, wobec istnienia aspołecznych popędów ustrojowych, których nie uda się poprowadzić w kierunku sublimacji, zmusza nas do zastosowania internowania w celu ochrony społeczeństwa, podobnie jak to uczynimy w stosunku do niebezpiecznych dla otoczenia chorych psychicznie.

Przy wielkiej pracy uspołecznienia, koniecznej w stosunku do każdego osobnika przestępczego, a zwłaszcza w odniesieniu do delikwentów, którym wraz z *Alexandrem* przypisaliśmy kryminalną ponad-jaźń, pierwszorzędną rolę odegrają kolonje pracy o wysoko rozwiniętym samorządzie. Wzór takiej kolonji pod Moskwą, która daje podobno znakomite rezultaty opisał *Fenichel*[21]).

Ostatni punkt naszych rozważań, który dotyczy roli psychoanalizy w procesie karnym, został już właściwie w toku wywodów naszych wyjaśniony. Podkreślmy raz jeszcze, że nie może ona służyć li tylko tendencjom humanistycznym i mieć na celu, drogą stwierdzenia motywów nieświadomych, uniewinnienie przestępcy. Ustalenie stopnia, w jakim świadome ja partycypuje w przestępstwie, wyjaśnienie mechanizmów, które doń doprowadziły, pozwoli przedewszystkiem na pewniejsze rokowanie. To zaś, podobnie jak w każdem schorzeniu, zaważy na szali przy wyborze najbardziej celowych środków i może zaoszczędzić wymiarowi sprawiedliwości wielu próżnych wysiłków i rozczarowań.

Przypomnijmy raz jeszcze na zakończenie o znaczeniu psychoanalizy przy ocenie zeznań świadków i oskarżonego i dodajmy, że wszystkie te możliwości wymagają wykształconego psychologicznie sędziego, bez którego ustalenia psychoanalityczne nie znajdą właściwego echa. Instytucje społeczne, w których ramach może nowa nauka o przestępstwie dać właściwe owoce, są przeważnie muzyką przyszłości — ale tutaj, jak i wszędzie, zrozumienie naukowe stać się musi wytyczną dla życia.

PIŚMIENNICTWO.

1) *Alexander* i *Staub*: Der Verbrecher und seine Richter. Internat. Psychoanal. Verlag. 1929. 2) por. np. *Kielholtz*: Symbolische Diebstähle. Z. f. die ges.

Neur. u. Psych., 55. 1920. 3) *Tamm*: Drei Fälle von Stehlen bei Kindern. Z. f. psychoan. Pädagogik II (1927). 4) *Alexander*: Ein besessener Autofahrer. Imago, 1931/2. 5) *Reik*: Geständniszwang und Strafbedürfnis. Intern. Psychoan. Verlag 1925. 6) *Freud*: Der Verbrecher aus Schaldbewusstsein. Kleine Schrtifen. IV-e Folge. 7) *Reich*: Der triebhaste Charakter. Int. psychoan. Verlag 1925. 8) *G. Bychowski*: Zur Psychopathologie der Brandstiffung. Schweizer Archiv. f. Neurol. u. Psych. 1919. 9) *Aichhorn*: Die verwahrloste Jugend. Intern. psychoan. Verlag 1925. 10) *Marie Bonaparte*: Der Fall Lefebvre. Imago XV. 1929. 11) *Alexander*: Der Doppelmord eines 19-jährigen. Psychoan. Bewegung. 1930. 12) *E. Fromm*: „Oedipus in Insbruck". Psychoan. Bewegung. 1931. 13) *Freud*: Das Fakultätsgutachten im Prozess Halsmann. Psychoan. Bewegung. 1931. 14) *Bernfeld*: Die Tantalussituation. Imago. 1931/2. 15. *Fromm*: Zur Psychologie des Verbrechers und der strafenden Gesellschaft. Imago. 1031/2. 16) *Nietsche*: Tako rzecze Zarathustra. Przekład polski Berenta. 17) por. np. *Hugo Staub*: Zum Kampf um die Todensstrafe. Psychoan. Bewegung. 1931. 18) Cytowane podług *F. Hauna* Strafe für Psychopathen. Imago. 1931/2. 19) por. *Alexander*: Psychische Hygiene und Kriminalität. Imago. 1931/2. 20) patrz np. Zeszyt specjalny Zeitschr. f. psychoan. Pädagogik 1933. VII. poświęcony pedagogice leczniczej, dalej będący w przygotowaniu zeszyt tegoż pisma pod tytułem: Jugendliche Verwahrlosung und Kriminalität. 21) *Fenichel*: Die offene Arbeitskolonie Bolschewo. Imago. 1931/2. Zagadnienia teoretyczne omówione najdokładniej w pismach teoretycznych Freuda. Kazuistyka, poza cytowaną tutaj, znajduje się na łamach pism psychoanalitycznych. Na szczególną uwagę zasługuje świetna analiza patologicznego oszusta w pracy 22) *Abrahama*: Die Geschichte eines Hohstaplers im Lichte psychoanal. Erkentnis. Imago. XI. 1925. W sprawie zadań praktycznych kryminologji psychoanalitycznej 23) por. jeszcze *Glover*: Das Institut zur wissenschaftlichen Behandlung der Kriminalität. London. Psych. Bewegung. 1933/2. Zagadnienia kryminologji psychoanalitycznej omawia książka 24) *Reik*: Der unbekannte Mörder. Intern. psych. Verlag. 1932.

UWAGI O ORGANIZACJI FALLICZNEJ POPĘDU SEKSUALNEGO

podał

ROMAN MARKUSZEWICZ.

Badając rozwój popędu seksualnego, *Freud*[1]) doszedł do wniosku, że „najbardziej zdaje się uderza w życiu seksualnem dziecka, że cały swój, daleko idący rozwój przechodzi ono w ciągu pierwszych pięciu lat życia; od tego czasu do okresu dojrzewania płciowego ciągnie się t. zw. okres utajenia, w którym seksualność — w warunkach normalnych — nie robi postępów, przeciwnie: dążenia seksualne tracą na sile i dziecko zaprzestaje lub zapomina wiele rzeczy, które już czyniło lub o których wiedziało". Ten okres pierwszych pięciu lat życia zalicza *Freud*[2]) do *pregenitalnej organizacji* życia seksualnego, jako że charakterystyczną cechą jej jest, że „obręby genitalne nie odgrywają jeszcze przeważającej swej roli".

Początkowo rozróżniał *Freud*[3]) dwie organizacje pregenitalne, przejawiające się w pierwszych 2 —3 latach życia, mianowicie: organizację seksualną oralną czyli kannibalistyczną, w której na pierwszy plan wysuwa się erotyka ustna — i organizację sadystyczno-analną, w której pierwszorzędną rolę gra erotyka błony śluzowej odbytnicy. W r. 1923 opisał *Freud*[4]) trzecią zkolei organizację pregenitalną: falliczną, „która już zasługuje na nazwę genitalnej, ukazuje objekt seksualny i pewien stopień zbieżności dążeń seksualnych w kierunku tego objektu, ale różni się od ostatecznej organizacji dojrzałości płciowej w punkcie zasadniczym. Zna ona mianowicie tylko jeden rodzaj genitaljów męski. Nazwałem ją dlatego okresem *fallicznym*" [5]). Pomimo więc tak zasadniczej różnicy, *Freud* mówi, że

---

[1]) *S. Freud*: „Die Frage der Laienanalyse", Ges. Schriften, T. XI, str. 337.

[2]) *S. Freud*: „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie", Ges. Schriften, T. V, str. 72.

[3]) Ibid T. V, str. 72 — 73.

[4]) *S. Freud*: „Die infantile Genitalorganisation", Ges. Schriften, T. V, str. 232.

[5]) Ibid. T. V, str. 74. Odsyłacz.

organizacja falliczna może być uważana za genitalną; powtarzam: pomimo, że dziecko w tym okresie nie zna jeszcze różnicy płci i, niezależnie od własnej płci, wyobraża sobie, że tak mężczyźni, jak kobiety, mają narząd płciowy męski.

Musimy jaknajdokładniej zdać sobie sprawę z istoty tej organizacji fallicznej. Przypada ona, według *Freuda*, na okres najwyższego rozkwitu życia seksualnego dziecka, t. j. w wieku 3 — 5 lat. Organizacja ta jest pono najwybitniejszym wyrazem popędu seksualnego u dziecka; więc wolno też przyjąć, że odzwierciedla najwyraźniej poglądy *Freuda* na seksualność dziecięcą. Zważywszy zaś, że w okresie, gdy organizacja ta się przejawia, powstaje również kompleks Edypa, rozumiemy, że kompleks ten, dla całej teorji *Freuda* najistotniejszy, jest wyrazem organizacji fallicznej. Według *Freuda* jest zarówno zawiązanie tego kompleksu, jak jego rozwiązanie, wynikiem tej organizacji,—o czem zresztą *Freud* wielokrotnie wspomina, winnem miejscu pokazałem — mówi np. *Freud*[1]) — że nastawienie Edypowe chłopca należy do fallicznego okresu i rozbija się o lęk kastracyjny, a więc o narcystyczne ustosunkowanie do genitaljów". („Der Untergang des Oedipuskomplexes" Ges. Schriften, T. V).

Pierwszem pytaniem, jakie się narzuca, jest: co *Freud* rozumie przez organizację falliczną; drugiem — czy ujawnia się ona istotnie w kompleksie Edypa?

* *
*

„Zbliżenie dziecięcego życia seksualnego do życia seksualnego dorosłych — mówi *Freud*[2]) w „Die infantile Genitalorganisation" — idzie znacznie dalej i odnosi się nietylko do dokonania wyboru objektu. Mimo, że nie dochodzi do właściwego objęcia popędów cząstkowych pod prymatem genitaljów, to jednak, u szczytu rozwoju seksualności dziecięcej, osiąga zainteresowanie dla genitaljów i ich działalności znaczenie dominujące, nie o wiele mniejsze, niż w wieku dojrzałym. Główną cechą tej „organizacji genitalnej dziecięcej" jest zarazem różnica, dzieląca ją od organizacji genitalnej dorosłych. Różnica ta polega na tem, że w grę wchodzą, dla obojga płci, tylko *jedne genitalja*, męskie. Zachodzi więc nie prymat genitalny, ale prymat *falliczny*". „Mały chłopiec z pewnością uświadamia sobie różnicę między mężczyzną a kobietą, lecz nie ma zrazu powodu do łączenia jej z różnorodnością ich narządów płciowych. Przypuszczenie,

---

[1]) *S. Freud*: „Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds, Ges. Schriften, T. XI, str. 10.

[2]) Ibid T. V, str. 233 — 234.

że wszystkie żywe istoty, ludzie i zwierzęta, mają genitalja podobne do jego, jest dla niego naturalne..." Wyobrażenie dziecka, że wszystkie osoby, niezależnie od różnicy płci, mają narząd płciowy męski,—co jest więc cechą charakterystyczną organizacji fallicznej,—ma być wynikiem, zwrócenia uwagi dziecka na własne genitalja, gdyż „...przed czwartym rokiem życia zwykł budzić się znowu popęd seksualny tego obrębu genitalnego.." [1]). Popęd seksualny, przejawiający się w tym czasie w narządach płciowych dziecka, powstaje według *Freuda* [2]) „czyto jako bodziec łaskotania, uwarunkowany przez układ ośrodkowy... a prowadzący do zaspokojenia onanistycznego, czyto jako zjawisko podobne do polucji, dające zaspokojenie bez uciekania się do czynności, podobnie jak przy polucji w wieku dojrzałym". Ten bodziec ostatni jest wyrazem erotyki cewki moczowej (erotyki uretralnej), t. zn. podrażnienia błony śluzowej cewki moczowej przez przechodzący strumień moczu, podobnie jak przy wytrysku nasienia podczas stosunku genitalnego. Naskutek więc przebudzenia się popędu seksualnego w obrębie narządów płciowych odczuwa chłopiec w wieku około 4 lat podrażnienia seksualne, płynące z genitalji. „Narząd ten — mówi *Freud* [3]) — łatwo pobudliwy, zmienny, wrażliwy, w dużym stopniu zajmuje uwagę chłopca i stawia coraz nowe zadania jego popędowi poznawczemu. Chłopiec chciałby go i u innych zobaczyć, aby go z własnym porównać — i zachowuje się tak, jakgdyby coś mu mówiło, że członek może i powinien być większy; *siła napędowa*, jaką ten narząd męski rozwinie później w czasie dojrzewania płciowego, *przejawia się w tym okresie życia przedewszystkiem, jako pęd poznawczy, jako ciekawość seksualna. Cały szereg poczynań ekshibicjonistycznych i agresywnych, podejmowanych przez dziecko* i które, w wieku późniejszym, rozumianoby bez zastrzeżeń, jako przejawy rozpusty, *okazuje się przy analizie doświadczeniami, służącemi dociekaniom seksualnym dziecka*" (podkreślenie moje).

[1]) Ibid. T. V, str. 63.

Freud wyodrębnia trzy okresy masturbacji dziecięcej. Pierwszy — w okresie niemowlęctwa, gdy zarówno na skutek zanieczyszczań przez wydaliny, jak dzięki obmywaniu przy pielęgnacji ciała niemowlęcia, zostaje podrażniony żołądź u chłopca, a łechtaczka u dziewczynki i, wskutek tego, powstaje potrzeba powtórzenia tych podrażnień, co prowadzi do onanizmu niemowlęcego. Drugi okres onanizmu dziecięcego, około czwartego roku życia, powstaje wskutek tego, że w czasie tym następuje przebudzenie popędu seksualnego w genitalnym obrębie erogenetycznym. Ten właśnie drugi okres należy do fazy fallicznej. Wreszcie, trzeci okres masturbacji ujawnia się w czasie dojrzewania płciowego.

[2]) Ibid. T. V, str. 64.

[3]) Ibid. T. V, str. 234.

Fakty, na które się tu *Freud* powołuje, nie ulegają wątpliwości. Zresztą, wynikają one nietylko z analiz, ale również z bezpośredniej obserwacji dziecka, które w tym okresie życia zdradza wyraźne zainteresowanie tak dla narządów płciowych własnych, jak dla genitaljów osób ze swego otoczenia. Ale twierdzenie *Freuda*, że chłopiec wyobraża sobie, że i dziewczynka ma członek, jest niezrozumiałe. Mówiąc w następnem zdaniu, że chłopiec doszedł już uprzednio do odkrycia, że u dziewczynki „jest tu coś inaczej", *Freud* podważa poprzednie twierdzenie, na którem przecież opiera całą swoją koncepcję organizacji fallicznej. Powiada bowiem [1]): „*bystre dzieci*, z racji swych spostrzeżeń przy oddawaniu moczu przez dziewczynki, ponieważ widziały inną pozycję, lub słyszały szum odmienny, *poprzednio już miały podejrzenie, że coś tu jest inaczej* — i potem starały się powtórzyć swoje obserwacje celem wyjaśnienia" (podkreślenie moje). Skąd w takim razie czerpie chłopiec pewność, że i dziewczynka ma członek? Czyżby *Freud* miał na myśli, że niektóre, „bystre dzieci", mają owo podejrzenie, a inne go nie mają? Czy możliwem jest przypuszczenie, że te bystre dzieci wpadają na to podejrzenie później dopiero, gdy organizacja falliczna, t. zn. wiara w jednakowy narząd płciowy u wszystkich, już się utrwaliła? A przedewszystkiem, stojąc na gruncie determinizmu psychicznego, tej naczelnej zasady psychoanalizy, czyż możemy zadowolić się takiemi określeniami, jak „bystre dzieci"? Czy nie należy wyjaśnić, *dlaczego* te dzieci wyprowadzają tak daleko idące wnioski ze swoich spostrzeżeń o pozycji dziewczynki?

Freud [2]) sam stwierdził, że „o teorjach seksualnych dziecięcych powiedzieć można ogólnie, że są odbiciami własnej konstytucji seksualnej dziecka..." Wynika stąd, że wnioski, jakie dziecko wysnuwa z takiej czy innej swojej obserwacji, są wyrazami popędowej jego organizacji; czyli, że organizacja popędowa — ma to doniosłe znaczenie! — determinuje wyobrażenia, rozwijane przez dziecko.

Więc nie chodzi o bystrość. Jeśli dziecko zwraca tak baczną uwagę na pozycję dziewczynki przy oddawaniu moczu, to dlatego jedynie, że czynność ta, związana z czynnością oddawania kału, wywołuje w okresie jego organizacji analnej pewne analne wyobrażenia i zaciekawienie, z analności wynikające. Nie chodzi przecież również o spostrzeżenia sporadyczne, ale o regułę, zdeterminowaną przez popędową organizację. Niemożliwe jest, aby wnioski, wynikające dla chłopca z obserwacji przy oddawaniu moczu przez dziew-

[1]) Ibid. T. V, str. 234 — 235.
[2]) Ibid. T. V, str. 71.

czynkę, były wysnuwane w organizacji fallicznej, t. zn. wówczas, gdy chłopiec kieruje swą ciekawość seksualną do narządu płciowego, a nie do analności.

Zainteresowanie chłopca pozycją, w jakiej dziewczynka oddaje mocz, jest przejawem jego organizacji analnej. Potwierdzają to zresztą analizy neurotyków, którzy, jeśli mają silnie utrwaloną analność, również zdradzają zainteresowanie pozycją, w jakiej kobieta oddaje kał i mocz, przyczem starają się podglądać wówczas kobietę. Czyli, że przypuszczenie o odmiennej budowie narządów uretralnych dziewczynki powstaje u chłopca jeszcze w okresie analnym, poprzedzającym okres falliczny. Sprzeciwia się to koncepcji freudowskiej: wiara bowiem w jednakowy narząd płciowy musiałaby być zachwiana przez wcześniejsze przypuszczenie o odmiennej budowie narządów uretralnych.

Są i inne argumenty przeciw organizacji fallicznej. Wspomniałem już, że *Freud* [1]) uważa, że organizacja falliczna występuje w tym samym okresie życia, w którym zawiązuje się kompleks Edypa. Czy należy kompleks Edypa rozumieć jako przejaw tej organizacji tak, jak to twierdzi *Freud? Freud* [2]) mówi: „W fazie normalnego kompleksu Edypa jest dziecko miłośnie związane z rodzicem płciowo odmiennym, podczas gdy w stosunku do rodzica tej samej płci przeważa uczucie wrogości. Nietrudno, jeśli o chłopca chodzi, ustalić źródło tych uczuć. Matka była i pozostaje pierwszym jego objektem miłosnym; ze wzmocnieniem jego dążności miłosnych i z głębszem wniknięciem w stosunki między rodzicami, ojciec musi stać się rywalem". Ale na czem polega owo „głębsze wniknięcie", skoro dziecko, znajdując się wówczas w okresie fallicznym, nie zna rzekomo różnicy genitalnej między ojcem a matką? A jeśli jej nie zna, to jak wytłómaczyć, że chłopiec interesuje się matką specjalnie, że do niej właśnie kieruje swoją seksualną ciekawość? Raczej możnaby łoby przypuszczać, stojąc na gruncie organizacji fallicznej, że zainteresowanie seksualne chłopca kieruje się jednakowo do ojca i matki, jako, że oboje, według wierzenia chłopca, mają jednakowy narząd płciowy. Dlaczegóż więc „chłopiecześrodkowuje na matce swoje pragnienia seksualne i rozwija uczucia wrogie wobec ojca jako rywala" — co jest, jak podaje *Freud*, [3]) cechą podstawową kompleksu Edypa?

---

[1]) *S. Freud*: „Der Untergang des Oedipuskomplexes", Ges. Schriften, T. V, str. 424.

[2]) *S. Freud*: „Über die weibliche Sexualität", Ges. Schriften, T. XII, str. 120.

[3]) *S. Freud*: „Selbstdarstellung", Ges. Schriften, T. XI, str. 147—148.

Widzimy, że organizacja falliczna uniemożliwia nam zrozumienie, u chłopca, zarówno specjalnego zainteresowania matką, jak ustosunkowania do ojca jako do rywala. Ta nieprzydatność koncepcji o organizacji fallicznej do zrozumienia zawiązania kompleksu Edypa wynika również z nastupujących słów *Freuda*: [1]) „Obydwa ustosunkowania (nastawienie do matki jako do objektu i utożsamienie się z ojcem) biegną przez krótki okres czasu równolegle, aż do chwili, gdy przez wzmocnienie pragnień seksualnych w stosunku do matki i stwierdzenie, że ojciec jest dla tych pragnień przeszkodą, powstaje kompleks Edypa". Znowu jest niezrozumiałe, dlaczego naskutek organizacji fallicznej miałyby pragnienia seksualne chłopca ulec wzmocnieniu wobec matki specjalnie, w stosunku zaś do ojca miałoby powstać wyobrażenie, że stanowi on przeszkodę dla ziszczenia tych pragnień. Z fallicznej organizacji, jak już zaznaczyłem, wynikałoby raczej jednakowe, dodatnie ustosunkowanie do obojga rodziców, gdyż wyłaniająca się z tej organizacji ciekawość seksualna powinna, zdawałoby się, być wobec ojca taka sama zupełnie jak wobec matki, skoro dziecko wierzy, że ich genitalja są identyczne. Dalej: w jaki sposób może z organizacji fallicznej powstać wyobrażenie dziecka o stosunku miłosnym między ojcem i matką? Wyobrażeniom tym przypisuje *Freud* [2]) duże znaczenie w kompleksie Edypa: „Kompleks Edypa dał dziecku dwie możliwości zaspokojenia, czynną i bierną. *Dziecko mogło po męsku stanąć na miejscu ojca* i, jak ojciec, mieć z matką stosunek, przyczem ojciec stawał się wkrótce przeszkodą, — albo też chciało dziecko zastąpić matkę i żeby ojciec je kochał, przyczem matka stawała się zbędna. Na czem polega zaspokojający stosunek miłosny, o tem mogło dziecko mieć tylko niejasne wyobrażenie; niewątpliwie jednak grał w tem pewną rolę penis, gdyż świadczą o tem odczucia genitalne dziecka. Wątpić o istnieniu członka u kobiety — nie było jeszcze powodu" (podkreślenie moje). Jakże więc, poprzez wiarę w istnienie członka u matki, mogło powstać wyobrażenie o *dwóch* możliwościach zaspokojenia? Skąd wzięło się pojęcie o stosunku z matką? W jaki sposób mogłoby dziecko „po męsku stanąć na miejscu ojca", żeby „z matką mieć stosunek", skoro nie zna jeszcze między mężczyzną a kobietą różnicy, która przejawiłaby się w stosunku miłosnym? Jeśliby zaś chodziło tu jedynie o różnicę między rolą czynną a bierną, to jak może powstać uczucie rywalizacji? Zdawałoby się, przeciwnie, że jeśli

[1]) *S. Freud*: „Das Ich und das Es", Ges. Schriften, T. VI, str. 376.

[2]) *S. Freud*: „Der Untergang des Oedipuskomplexes", Ges. Schiften, T. V, str. 426.

np. syn chciałby grać rolę czynną, to tem łatwiej mógłby utożsamić się z ojcem, — czyli, że tem trudniej mogłoby powstać uczucie rywalizacji.

Jest rzeczą równie niezrozumiałą, w jakim związku z organizacją falliczną pozostaje szczyt pragnień dziecka, które to pragnienia, według *Freuda*, przejawia dziecko w kompleksie Edypa. *Freud* [1]) mówi: „Szczytem jego (dziecka) pragnień jest zazwyczaj urodzenie, lub — w sposób nieokreślony — spłodzenie dziecka. Pragnieniu urodzenia dziecka ulega nawet, w swojej niewiedzy, chłopiec. Całą tę psychiczną budowę nazywamy, według znanej greckiej legendy, ***kompleksem Edypa***". Stąd wniosek, że cel pragnień dziecka, przejawiających się według *Freuda* w kompleksie Edypa, nie jest wynikiem organizacji fallicznej, gdyż organizacja ta, zwłaszcza u chłopca, nie pozostaje w żadnym związku z chęcią urodzenia dziecka. (Zobaczymy później, że u dziewczynki stara się *Freud* skonstruować ten związek poprzez jej dążenie do narządu męskiego). Nie pozostaje nam więc nic innego, jak przypuszczenie, — do którego niżej wrócimy, — że ów cel pragnień dziecięcych mógłby być conajwyżej wynikiem rywalizacji z dzieckiem nowonarodzonem. Oznaczając ten cel, który powinien być przecież najsilniejszym wyrazem danej organizacji popędowej, *Freud* nie wyjaśnia, w jakim związku pozostaje chęć urodzenia dziecka z organizacją falliczną — i przechodzi na inny punkt widzenia, nie wynikający z samego rozwoju dziecięcego popędu seksualnego i jego organizacji.

Ta niejednolitość ujmowania tych samych zjawisk przejawia się u *Freuda* jeszcze wyraźniej w pojmowaniu ciekawości seksualnej dziecka. Widzieliśmy wyżej, że ciekawość ta — w myśl *Freuda* [2])—jest pochodną organizacji fallicznej; że chłopiec, odczuwając przyjemne sensacje, płynące z członka, zaczyna interesować się tym narządem, stara się go porównać z genitaljami innych osób; słowem, że *rozkosz, jaką dziecko w genitaljach odczuwa, „przejawia się w tym okresie życia przedewszystkiem jako pęd poznawczy, jako ciekawość seksualna.* Cały szereg poczynań ekshibicjonistycznych i agresywnych, podejmowanych przez dziecko... okazują się przy analizie doświadczeniami, służącemi dociekaniom seksualnym dziecka" (podkreślenie moje). Ale, jeżeli ciekawość seksualna — jak *Freud* słusznie zaznacza — wynika z pewnej organizacji popędowej, to niezrozumiałe jest jednoczesne wyjaśnianie tej ciekawości z punktu widzenia krańcowo

---

[1]) Ibid. T. XI, str. 340.
[2]) Ibid. T. V, str. 234.

przeciwnego, t. j. gdy *Freud* ujmuje ją nie jako przejaw organizacji fallicznej, lecz jako wyraz zagrożenia bytu dziecka przez narodzenie się nowego. *Freud*[1]) mówi: „W czasie, gdy życie seksualne dziecka osiąga swój pierwszy rozkwit, między trzecim rokiem życia a piątym, ukazują się też zalążki tej działalności, którą przypisuje się pędowi poznawczemu. Pędu poznawczego nie można zaliczyć do składników popędowych elementarnych, ani też podporządkować wyłącznie seksualności... Jest to nie teoretyczny, ale praktyczny interes, który staje się motorem dociekań dziecięcych. *Zagrożenie warunków bytu dziecka przez doznane lub suponowane narodzenie się nowego dziecka, lęk przed utratą — która z tem zdarzeniem się wiąże — opieki i miłości, sprawia, że dziecko jest zamyślone i bystre. Pierwszem zagadnieniem, jakie je zajmuje, nie jest też, odpowiednio do tej historji rozwoju, kwestja różnicy płci, ale zagadka: skąd się biorą dzieci?* Jest to również, w transpozycji, której punkt wyjścia daje się łatwo odtworzyć, zagadka, stawiana przez sfinksa z Tebów. Fakt istnienia dwojga płci przyjmuje dziecko zrazu raczej bez sprzeciwu i zastrzeżeń. Dla chłopca jest samo przez się zrozumiałe, że genitalja takie, jak jego własne, mają wszystkie znajome osoby — a niemożliwe jest skojarzenie braku tych genitaljów z wyobrażeniem o innych" (podkreślenie moje). Widzimy tutaj, że *Freud*, stojąc na gruncie organizacji fallicznej, mimo to wyprowadza ciekawość seksualną nie z tej organizacji, jak w cytacie poprzednim, lecz z uczucia zagrożenia dziecka przez narodzenie się nowego. Czy jednak dziecko nie przejawia tej ciekawości, gdy jest jedynakiem? Samo to pytanie jest dostatecznym dowodem, że opieranie się, w interpretacji ciekawości seksualnej dziecka, nie na popędowej jego organizacji, ale na zewnętrznych i przypadkowych czynnikach, jest niedopuszczalne. I nie można też przyjąć, że *Freud* wyjaśnił ową zagadkę sfinksa, stanowiącą punkt centralny w legendzie o Edypie, skoro rozumie ją jako pytanie, skąd się biorą dzieci.

Pomimo oczywistej, zdawałoby się niemożliwości przyjęcia tezy, że ciekawość seksualna dziecka wynika z narodzenia się brata lub siostry, *Freud* wraca wielokrotnie do tego twierdzenia. „Zazwyczaj — powiada[2]) —jest jego (dziecka) zmysł badawczy obudzony materjalnem zagrożeniem przez dziecko nowoprzybyłe, w którem zrazu widzi ono tylko konkurenta". Wskutek czego treść życia seksualnego dziecka rozumie *Freud*[3]) następująco: „Na treść dziecięcego życia seksualnego

[1]) Ibid. T. V, str. 69.

[2]) *S. Freud*: „Über Psychoanalyse", Ges. Schriften, T. IV. str. 396.

[3]) *S. Freud*: „Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose", T. VIII. str. 316. Odsyłacz.

składa się działalność autoerotyczna przeważających seksualnych składników, ślady miłości ześrodkowanej na objekcie, oraz powstawanie kompleksu, który nazwać możnaby *jądrem psychonerwic* (kompleks Edypa) i który obejmuje zarówno pierwsze miłosne, jak wrogie uczucia wobec rodziców i rodzeństwa, *gdy zbudziła się u dziecka chęć dociekania, a to zazwyczaj wskutek pojawienia się nowego maleństwa*" (podkreślenie moje). Wobec tego zaś, że *Freud* utożsamia ciekawość seksualną dziecka z pytaniem, skąd się biorą dzieci, i wprowadza tę ciekawość w ścisły związek z kompleksem Edypa, zaczynamy rozumieć, dlaczego *Freud* się posuwa do nieuzasadnionego dla nas twierdzenia, że u dziecka przejawia się w kompleksie Edypa pragnienie, żeby mieć dziecko z matką względnie od ojca. „W tym przedwczesnym wyborze objektu miłości kazirodczej — mówi *Freud* [1]) — osiąga widocznie życie seksualne dziecka stopień organizacji genitalnej.... Pragnienie, aby z matką mieć dziecko, zachodzi zawsze u chłopca; pragnienie, aby mieć dziecko od ojca, jest stałe u dziewczynki, i to przy zupełnej niemożliwości wyobrażenia sobie drogi, która mogłaby prowadzić do spełnienia tych pragnień". Widzimy, że *Freud* wprowadza kompleks Edypa w związek z uczuciem rywalizacji z dzieckiem nowonarodzonem. Z uczucia tego, jak można się domyśleć, płynąć ma pragnienie dziecka, aby samo odegrało rolę w tak ważnem zdarzeniu przybycia nowego dziecka i, dzięki temu, mogło zająć wobec przybysza stanowisko uprzywilejowane. (Zobaczymy niżej, że pragnienie dziewczyki, aby mieć dziecko od ojca wypływa według *Freuda* z innego jeszcze źródła, mianowicie z chęci uzyskania członka). Narzuca się jednak znowu pytanie: jakże więc wygląda ten kompleks u jedynaka? Czy w takim wypadku niema w kompleksie Edypa pragnienia, żeby mieć dziecko z matką wzgl. od ojca? I jakie wtedy pragnienie wynika z tego kompleksu?

Widzimy do jak niepewnych wniosków dochodzi *Freud* dlatego, że sprowadza ciekawość seksualną dziecka do zagadnienia, skąd się biorą dzieci. I, co ważniejsze, w konsekwencji dochodzi *Freud* do takiego pojmowania kompleksu Edypa, że już niewiele brakuje, aby przyjąć genitalną koncepcję tego kompleksu, t. zn. taką, jaką zazwyczaj wysuwają przeciwnicy psychoanalizy. *Freud* [1]) bowiem mówi, jak dopiero co przytoczyłem: „*W tym przedwczesnym wyborze objektu miłości kazirodczej osiąga widocznie życie seksualne dziecka stopień organizacji genitalnej*" (podkreślenie moje). Ostatecznie

[1]) *S. Freud*: „Ein Kind wird geschlagen", Ges. Schriften. T. V, str. 354.

więc, czy w kompleksie Edypa przejawia się organizacja seksualna genitalna czy pregenitalna? Organizacja falliczna, przejawiająca się w kompleksie Edypa, należy do organizacji pregenitalnych. Pozostawienie jednak niejasności przez *Freuda* w sprawie tak zasadniczo ważnej jak kompleks Edypa, jest, zdaniem mojem, wynikiem tego, że *Freud* [1]) sam uważa, że organizacja falliczna „zasługuje na nazwę genitalnej". Jest to rozgraniczenie pojęciowe niedostateczne i temu trzeba przypisać, że kompleks Edypa może być pojmowany jako genitalny. Do błędnego rozumienia tego kompleksu przyczynia się również twierdzenie *Freuda* [2]), że w kompleksie Edypa wychodzi na jaw życzenie, żeby mieć dziecko z matką wzgl. od ojca.

Powyższe twierdzenie *Freuda* wynika, jak widzieliśmy, z uzależnienia ciekawości seksualnej dziecka od narodzenia się brata lub siostry. Uzależnienie takie sprzeczne jest z zasadą psychoanalizy, głoszącą, że wyjaśnienia zjawisk psychicznych szukać należy w organizacji popędowej, a nie w przypadkowych czynnikach zewnętrznych. *Freud*, choć później twierdzenie swe cofnął, uczynił to jednak tylko częściowo, wskutek czego nie sprostował zarazem innych swoich poglądów, opartych na tem właśnie mylnem twierdzeniu. „Biorę stąd pochop—mówi [3]) — *do skorygowania twierdzenia, które przed laty wysunąłem. Sądziłem, że zainteresowanie seksualne dziecka nie budzi się, jak u dorosłych, przez różnicę płci, ale krzesa się z zagadnienia, skąd się biorą dzieci. Jest to, przynajmniej jeśli o dziewczynkę chodzi, z pewnością niesłuszne. U chłopca bywa chyba raz tak, raz inaczej, lub też decydują o tem, u obojga płci, przypadkowe okoliczności życiowe*" (podkreślenie moje). Sprostowanie takie jednak nie może nas zadowolić. W stosunku do dziewczynki je odwołując, utrzymuje *Freud* swoje twierdzenie w stosunku do chłopca, przyczem — co jest najistotniejsze — widzi konieczność skorygowania swoich poglądów na ciekawość seksualną dziecka nie z tego powodu, że wynika ona z pewnej organizacji popędowej, ale tylko dlatego, że „dziewczynka spostrzega nader widoczny, duży penis brata lub towarzysza zabawy, *uznaje go natychmiast* jako nadrzędny odpowiednik własnego, małego i ukrytego narządu — i odtąd popada w zazdrość o penis" [4]) (podkreślenie moje). Skąd jednak owo „natychmiastowe" uznanie przez dziewczynkę wyższości członka nad

---

[1]) Ibid. T. V, str. 74, Odsyłacz.

[2]) Ibid. T. V, str. 354.

[3]) *S. Freud*: „Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds", Ges. Schriften, T. XI, str. 13, Odsyłacz.

[4]) Ibid. T. XI, str. 12.

własnym narządem? Nie wypływa ono przecież z organizacji popędowej, ale z przypadkowego zobaczenia nieznanego dotąd organu. Z takiego postawienia sprawy przez *Freuda* można byłoby wyciągnąć wniosek, że nie popędowa organizacja dziecka determinuje jego wyobrażenia, ale, przeciwnie, że czynnik zewnętrzny i przypadkowy, jak zobaczenie narządu płciowego chłopca, powoduje u dziewczynki głębokie zmiany w organizacji popędowej. Jasne jest, że *Freud* staje tu w konflikcie z naczelną zasadą psychoanalizy, z determinizmem biologicznym, chociaż w innem miejscu [1]) sam mówi, że „o teorjach seksualnych dziecięcych powiedzieć można ogólnie, że są odbiciami własnej konstytucji seksualnej dziecka".... Zagadnienie zaś ciekawości seksualnej chłopca postawione jest, w sprostowaniu *Freuda*, w sposób nieokreślony i znowu *w zależności od przypadkowych czynników*, od „okoliczności życiowych". Na zasadzie tych słów *Freuda* stwierdzić należy, że *Freud* nie doszedł do wniosku, iżby ciekawość seksualna dziecka musiała być przejawem pewnej seksualnej organizacji. Kwestję tej ciekawości, tak ważną dla życia seksualnego dziecka, pozostawia *Freud* niewyjaśnioną — i wskutek tego nie widzi konieczności sprostowania swoich twierdzeń o wyobrażeniach i pragnieniach dziecka w stosunku do rodziców.

Powyższe stanowisko *Freuda* w sprawie ciekawości seksualnej dziecięcej prowadzi w rezultacie do nowych niejasności. Mówiąc o dążności dziecka do obnażania genitaljów i do podpatrywania ich u otoczenia, *Freud* [2]) twierdzi, że popęd ekshibicjonistyczny i podpatrywanie „uwidoczniają się jako samodzielne dążności, zrazu oddzielone od działalności seksualnej erogenetycznej. Małe dziecko jest przedewszystkiem bezwstydne i w pewnych wczesnych latach życia zdradza niedwuznaczne zadowolenie z obnażania swego ciała ze szczególnem uwydatnieniem narządów płciowych. Odpowiednik tej *dążności, uważanej za perwersyjną*, mianowicie ciekawość wobec genitaljów innych osób, przejawia się prawdopodobnie *w nieco późniejszych latach dopiero*, gdy przeszkoda w postaci poczucia wstydu osiągnęła już pewien rozwój. Perwersja podpatrywania może pod wpływem uwiedzenia nabrać dużego znaczenia dla życia seksualnego dziecka. Muszę jednak z badań swoich nad dziecięctwem, zarówno osób zdrowych jak neurotycznych, wyciągnąć wniosek, że popęd do podpatrywania występować może u dziecka jako sponta-

---

[1]) Ibid. T. V, str. 71.

[2]) Ibid. T. V, str. 66 — 67.

niczny przejaw seksualny". Lecz twierdzenie, że popęd dziecka do obnażania genitaljów i podpatrywania ich u otoczenia jest popędem samodzielnym, niezgodne jest z ujmowaniem przez *Freuda* ciekawości seksualnej, jako przejawu organizacji fallicznej. Niezrozumiałe też jest, że *Freud*, uznając samodzielność tego popędu, który nazywa perwersyjnym, uzależnia jednak jego znaczenie od uwiedzenia dziecka przez dorosłych i, przedewszystkiem, że oddziela ten popęd ekshibicjonistyczny od podpatrywania, występującego rzekomo „w nieco późniejszych latach dopiero, gdy przeszkoda w postaci poczucia wstydu osiągnęła już pewien rozwój". To ostatnie bowiem twierdzenie przeczy obserwacji. Chęć obnażania genitaljów występuje u dziecka jednocześnie z chęcią podpatrywania ich u otoczenia — i dziecko niejednokrotnie obnaża się celem zachęcenia czy sprowokowania towarzysza (ki) zabawy do obnażenia genitaljów. Popęd ekshibicjonistyczny łączy się tu nierozdzielnie z chęcią podpatrywania. W rzeczy samej, dążności te są tylko dwiema stronami (rozkosz czynna i bierna) tego samego zjawiska.

* *
*

Stwierdziłem, szereg sprzeczności między organizacją falliczną chłopca, a jego ciekawością seksualną i kompleksem Edypa. Większe jeszcze sprzeczności wychodzą najaw, przy badaniu organizacji fallicznej dziewczynki. *Freud* uważa, że nietylko chłopiec, ale również dziewczynka (w wieku 3 — 4 lat) wierzy, że wszyscy, tak mężczyźni, jak kobiety, mają penis. „Z chwilą wstąpienia w okres falliczny — mówi *Freud* [1]) — różnice płciowe ustępują całkowicie wobec płciowych zgodności. Musimy przyznać, że dziewczynka jest teraz małym mężczyzną. U chłopca, jak wiadomo, jest dla tego okresu charakterystyczne, że umie on czerpać rozkosz ze swojego członka i łączy jego stan wzniecenia z wyobrażeniami o stosunku seksualnym. To samo czyni dziewczynka ze swoją, mniejszą jeszcze, łechtaczką". Analogję tę między dziewczynką a chłopcem posuwa *Freud* tak daleko, że nawet ich pragnienia w stosunku do matki są — jego zdaniem — identyczne. Mówi bowiem [2]): „W okresie fallicznym (dziewczynki) powstają wreszcie i intensywne czynne pragnienia w stosunku do matki. Działalność seksualna osiąga w tym czasie szczyt w masturbowaniu łechtaczki, przyczem prawdopodobnie gra tutaj

[1]) *S. Freud*: „Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse", Ges. Schriften. T. XII, str. 273 — 274.

[2]) *S. Freud*: „Uber die weibliche Sexualität", Ges. Schriften. T. XII, str. 135 — 136.

wyobrażenie o matce, ale, czy dziecko dochodzi do wyobrażenia sobie celu seksualnego i jaki to cel — nie da się wywnioskować z mojego doświadczenia. Dopiero gdy wszystkie zainteresowania dziecka doznały nowego bodźca przez narodzenie się brata lub siostry, można cel taki jasno rozpoznać. Dziewczynka wyobraża sobie, tak samo jak chłopiec, że nowe to dziecko — ona matce zrobiła, i również reakcja jej na to zdarzenie i zachowanie się jej wobec nowego dziecka są takie same, jak chłopca. Brzmi to wprawdzie dość absurdalnie, ale może tylko dlatego, że brzmi dla nas tak niezwykle". Istotnie, niezwykle. Lecz nie z ich niezwykłości wynika niemożność zgodzenia się z powyższemi wywodami *Freuda*. Tylko, że nie potwierdza ich obserwacja analityczna, ani nie mają one uzasadnienia teoretycznego. Cel seksualny bowiem („zrobienie matce dziecka") nie wynika bynajmniej, jak widzimy z powyższych słów *Freuda*, z organizacji fallicznej, lecz z faktu zewnętrznego, przypadkowego, jakim jest narodzenie się nowego dziecka. Nie będę powtarzał argumentacji, którą przytoczyłem już, omawiając zagadnienie to u chłopca. Dodatkowo jeszcze tylko chciałbym zaznaczyć, że również niezwykły jest tu sposób pojmowania celu seksualnego, który w innem miejscu *Freud*[1]) sam określa jako „czynność, do której popęd zniewala". Pojęcie to zostało wprowadzone przez *Freuda* i odgrywa dużą rolę w teorji popędu seksualnego. Tutaj zaś mówi *Freud*, że cel seksualny (który powinien chyba wynikać z popędu) zostaje podsunięty dziecku od zewnątrz, wskutek narodzenia się nowego dziecka, przyczem cel ten ma polegać na spłodzeniu dziecka. Czyż cel seksualny nawet dojrzałego genitalnie mężczyzny polega na spłodzeniu dziecka? Gdyby tak było, zdobycze teorji libido *Freuda* byłyby tem samem zakwestjonowane — i znowu utożsamialibyśmy popęd seksualny z popędem rozrodczym.

Lecz zastanówmy się, jak ta organizacja falliczna przejawia się u dziewczynki. Najsilniej pono uwydatnia się ona wówczas, gdy dziewczynka zobaczy przypadkowo genitalja męskie. *Freud* mówi[2]) „Dziewczynka natychmiast spostrzega tę różnicę i — trzeba przyznać — również jej znaczenie. Czuje się ona ciężko upośledzona, wyraża się często, że chciałaby „też mieć coś takiego" i odtąd popada w *zazdrość o penis*, która pozostawi niezatarte ślady w jej rozwoju i tworzeniu się charakteru". I dalej[3]): „...zpoczątku uważa dziewczynka swoją kastrację za indywidualne nieszczęście,

[1]) Ibid. T. V, str. 8.
[2]) Ibid. T. XII, str. 281 — 282.
[3]) Ibid. T. XII, str. 283 — 284.

stopniowo dopiero rozciąga ją na inne żeńskie istoty, wkońcu również na matkę. Miłość jej była skierowana do matki fallicznej; wraz z odkryciem, że matka jest skastrowana, możliwe staje się odwrócenie się od niej jako od objektu miłosnego — tak, że przez długi czas zbierane motywy wrogości są górą. Znaczy to więc, że odkrycie braku członka deprecjuje kobietę zarówno w oczach dziewczynki, jak chłopca i później może mężczyzny". Przedewszystkiem jednak jest zupełnie niejasne, dlaczego sam widok członka narzuca dziewczynce uznanie jego wyższości, dlaczego dziewczynka czuje się pokrzywdzona, skastrowana? Jest to, z dwu względów, nieuzasadnione. Po pierwsze: raczej można byłoby przyjąć, że dopóki nie zachodzą specjalne przyczyny, dopóty każdy osobnik uważa, że naturalną budową ciała jest jego własna — i rzutuje ten pogląd na inne indywidua, — odmienna zaś budowa wywołuje zdziwienie. Dlaczego więc miałaby dziewczynka uważać, że normalna jest właśnie budowa odmienna, a własna jest czemś nienaturalnem, skutkiem kastracji? Po drugie: szczególnemu temu wnioskowi dziewczynki powinien chyba w każdym razie przeciwstawić się narcyzm, który według *Freuda* jest pierwszą, chronologicznie, pozycją libido, czyli istnieje przed organizacją falliczną. Narcyzm nie mógłby dziewczynce pozwolić na myśl, że budowa jej ciała jest gorsza, niż chłopca. Gdy więc *Freud* twierdzi, że dziewczynka uważa kobietę za bezwartościową wskutek braku członka, mąci to rozumienie roli narcyzmu, tak doniosłej u dziewczynki. *Freud*[1]) sam przecież mówi: „Przypisujemy więc kobiecości wyższy stopień narcyzmu, wpływający nadto na jej wybór objektu, tak, że być kochaną jest większą potrzebą dla kobiety, niż kochać". A zaraz w zdaniu następnem[2]), w związku z rolą narcyzmu: „Na próżność kobiety, dotyczącą jej walorów cielesnych wpływa jeszcze zazdrość o penis, *ponieważ, jako późne odszkodowanie za pierwotne poczucie swojej seksualnej niższości, tem bardziej cenić musi kobieta swe wdzięki*" (podkreślenie moje). Z tych słów jednak wynikałoby, że narcyzm kobiety jest *wtórnem zjawiskiem*, następstwem rekopensaty, taki zaś wniosek jest krańcowo przeciwny poglądowi *Freuda*, że narcyzm jest pierwszą pozycją libido, czyli, że jest zjawiskiem pierwotnem.

Trudno również zrozumieć, dlaczego chłopiec, zobaczywszy genitalja kobiece, odczuwa rzekomo lęk kastracyjny, jako skutek narcystycznego nastawienia do członka — i dlaczego miałby kompleks

---

[1]) Ibid. T. XII, str. 289 — 290.
[2]) Ibid. T. XII, str. 290.

Edypa ulec zlikwidowaniu z tego powodu [1]), — podczas gdy dziewczynka, bardziej narcystyczna, zdradzać miałaby tak wielki brak narcystycznego ustosunkowania do genitaljów. Jest to tembardziej niezrozumiałe, że narząd, z którego czerpie się rozkosz, bywa zazwyczaj wywyższany. Dziewczvnka, będąc w okresie fallicznym, czerpie rozkosz z łechtaczki. Dlaczego więc ten narząd, jako źródło rozkoszy, miałby być poniżony na rzecz innego narządu, który nie jest jeszcze znany jako ewentualne źródło rozkoszy?

Wreszcie, zastanówmy się, czy organizacja falliczna wyjaśnia u dziewczynki kompleks Edypa. Wiemy, że niechęć dziewczynki do matki interpretuje *Freud* jako pogardę, wynikającą z odkrycia, że matka nie ma członka. Pozatem ma być niechęć ta spowodowana tem, „że dziewczynka czyni matkę odpowiedzialną za swój brak członka i nie wybacza jej tego upośledzenia" [2]). Dodatnie zaś nastawienie dziewczynki do ojca miałoby wynikać również z chęci uzyskania członka. *Freud* [3]) mówi: „Życzenie, z jakiem dziewczynka się zwraca do ojca, jest zapewne pierwotnie życzeniem, aby uzyskać członek, którego nie dostała od matki i oczekuje teraz od ojca. Sytuacja kobieca jednak zachodzi dopiero, gdy życzenie otrzymania członka zostaje zastąpione przez życzenie posiadania dziecka, gdy więc dziecko, według starej symboliki równowartości, zajmuje miejsce członka". I dalej [4]): „Z chwilą przeniesienia na ojca dążenia do dziecka — penisa, wstępuje dziewczynka w sytuację kompleksu Edypa. Uczucie wrogości do matki, które nie od teraz powstało, wzmaga się znacznie, gdyż matka staje się rywalką, która dostaje od ojca to wszystko, czego pragnie od niego dziewczynka". Wyraźnie charakteryzuje *Freud* [5]) nastawienie dziewczynki do ojca, mówiąc: „Dziewczynka rezygnuje z dążenia do członka, aby je zastąpić dążeniem do dziecka, *i z tym zamiarem* obiera ojca jako objekt miłosny. Matka staje się objektem zazdrości, — z dziewczynki stała się mała kobieta. O ile mogę wnioskować z odosobnionej wypowiedzi podczas analizy, może w nowej tej sytuacji dojść do odczuć cielesnych, które rozumieć trzeba jako przedwczesne przebudzenie kobiecego aparatu genitalnego".

Zdaje się, że kompleks Edypa, rozpatrywany przez *Freuda* jako wyraz organizacji fallicznej, coraz bardziej zatraca cechy kom-

[1]) Ibid. T. XI. str. 10.
[2]) Ibid. T. XII. str. 281.
[3]) Ibid. T. XII. str. 285.
[4]) Ibid. T. XII. str. 286.
[5]) Ibid. T. XI. str. 16 — 17.

pleksu, wynikającego z infantylnej organizacji popędu seksualnego— i zbliża się stopniowo do wyobrażeń genitalnych. Ustosunkowanie się do ojca jako do objektu miłosnego w celu uzyskania od niego dziecka, — przeobraża istotnie 4-letnią dziewczynkę w „małą kobietę", jak to mówi *Freud.* Ale, czy takie pragnienie, nietylko małej, lecz dojrzałej kobiety, wynikać może z popędu seksualnego? *Czyż celem popędu seksualnego* (używam tego terminu ściśle według określenia *Freuda*[1]) może być cokolwiek innego jak „czynność, do której popęd zniewala"? Urodzenie dziecka może być jedynie skutkiem czynności seksualnej, ale nie musi nim być. Ewentualna chęć dziewczynki uzyskania członka może być conajwyżej przejawem uczucia niższości, ale nie celem popędu seksualnego. Twierdzenie *Freuda,* że szczytem pragnień dziewczynki jest chęć uzyskania dziecka od ojca — i rozpatrywanie kompleksu Edypa z tego punktu widzenia — nietylko nie wyjaśnia tego kompleksu, ale mąci definicje popędu seksualnego, które *Freudowi* zawdzięczamy.

* *
*

Widzimy, że koncepcja *Freuda* o organizacji fallicznej zawiera tyle sprzeczności, że nie da jej się utrzymać. Dlaczego jednak *Freud,* którego mistrzowstwo w obserwowaniu zjawisk psychicznych stoi ponad wszelką wątpliwość, przypisuje organizacji fallicznej tak wielkie znaczenie? Dlaczego wiąże ją z kompleksem Edypa, tą podstawą całej swojej teorji? Przyznać trzeba, że w kojarzeniach wyłaniających się u niektórych pacjentów, podczas analizy, matka względnie osoba zastępcza ma jakgdyby wystający narząd płciowy. W każdym takim przypadku można stwierdzić, że w dziecięctwie pacjenta istniało przez pewien czas wyobrażenie, że dziewczynki mają mały, stożkowaty penis. Dokładna analiza tych wyobrażeń prowadzi zwykle do wniosku, że chłopiec, mimo, że przedtem wiedział, że z genitaljami matki jest jakoś inaczej, chętnie jednak poddawał się złudzeniu, — widząc przypadkowo genitalja dziewczynki, siostry albo towarzyszki zabawy, — że genitalja te są wystające i, z tego powodu, w pewnem bodaj stopniu podobne do członka. Wyobrażeń o identyczności genitaljów nigdy nie stwierdziłem. Coprawda, genitalja małej dziewczynki są stosunkowo bardziej wystające, niż u kobiety dojrzałej. Nie usprawiedliwia to jednak takich fantazji. Na podstawie własnego doświadczenia analitycznego stwierdzam, że początkowo istnieje u chłopca wyobrażenie o odmiennej, u matki, budowie narządów do oddawania moczu. Wyobrażenie to

[1]) Ibid. T. V, str. 8.

bądź utrzymuje się nadal, bądź też, w niezbyt licznych przypadkach, zostaje po pewnym czasie pokryte przez inne, mianowicie, że dziewczynka, lub matka ma jednak również coś wystającego. Dotychczas mogłem w każdym takim przypadku ustalić, *że fantazja ta powstaje dopiero wtórnie, jako reakcja na pierwotne stwierdzenie różnicy w budowie anatomicznej*, oraz, że jest wynikiem projekcji własnej budowy ciała na osobę matki wzgl. siostry. Zapewne interesujące byłoby wyjaśnienie, dlaczego w pewnych przypadkach istnieje potrzeba tej projekcji na matkę; zjawisko to bowiem ma głębsze podstawy. Ale, gdybyśmy już obecnie chcieli poruszyć tę sprawę, zaprowadziłoby to nas zadaleko. Narazie więc musimy się zadowolić stwierdzeniem, że projekcja taka nie występuje we wszystkich przypadkach, a gdy występuje — jest zjawiskiem wtórnem. Wobec czego nie można tych fantazji uogólniać i twierdzić, że są one wyrazem organizacji fallicznej.

Domyślamy się, że koncepcja *Freuda* o organizacji fallicznej opiera się na takich przypadkach psychonerwic, w których fantazje te występują. Dowód jednak, że nie są one zjawiskiem pierwotnem i że nie należy wiązać ich bezpośrednio z kompleksem Edypa, jak to czyni *Freud*, stanowią sprzeczności, na które musiałem zwrócić uwagę. Oczywiście, sprzeczności te nie przemawiają bynajmniej przeciw kompleksowi Edypa, który *Freud* odkrył na długo przed koncepcją o organizacji fallicznej. Później dopiero starał się *Freud* połączyć tę koncepcję z kompleksem Edypa. I dążenie *Freuda* do tego powiązania — mimo, że związku tego nie widzę, — rozumiem. Dzięki bowiem hipotezie o organizacji fallicznej z łatwością wyprowadzić można kompleks kastracyjny, a poprzez ten kompleks — skonstruować rozwiązanie jednego z najtrudniejszych zagadnień psychoanalizy, t. j. w jaki sposób kompleks Edypa, ten najpotężniejszy ze wszystkich kompleksów, może ulec stłumieniu. Bo jak można stłumić związek Edypowy, w którym infantylny popęd seksualny zainteresowany jest tak silnie, trudno byłoby zrozumieć bez tej hipotezy. Z przyjęciem jej zaś staje się rozwiązanie tego kompleksu sprawą bardzo prostą. „U chłopca — mówi *Freud*[1]) — powstaje kompleks kastracyjny, gdy z widoków genitaljów żeńskich chłopiec wywnioskował, że tak bardzo przez niego ceniony członek niekoniecznie musi być z ciałem złączony. Wtedy przypomina on sobie groźby, na jakie naraziło go zajmowanie się członkiem, zaczyna dawać im wiarę i popada odtąd pod wpływ *lęku kastracyjnego*, który

[1]) Ibid. T. XII. str. 281.

stanie się najpotężniejszym motorem jego dalszego rozwoju". Teraz może *Freud*[1]) rozwiązać kompleks Edypa: „Kompleks Edypa chłopca, w którym pożąda on matki, a ojca, jako rywala, chciałby usunąć, rozwija się naturalnie z okresu seksualności fallicznej. Groźba kastracji zmusza jednak chłopca do zaniechania tego nastawienia. Pod wrażeniem niebezpieczeństwa utraty penisa, zostaje kompleks Edypa opuszczony, stłumiony, w najbardziej normalnych przypadkach do gruntu zburzony — i jako jego dziedziczka zostaje wprowadzona surowa nad-jaźń". Ale ta hipoteza o organizacji fallicznej, choć ułatwia zrozumienie stłumienia kompleksu Edypa, mąci jednocześnie, jak wykazałem, rozumienie powstania tego kompleksu. Ponieważ zaś wywołuje ona cały szereg sprzeczności i zastrzeżeń natury teoretycznej, dochodzimy do wniosku, że opiera się ona jedynie na wtórnych fantazjach niektórych pacjentów, a wobec tego nie powinna być uogólniana i nie może być uważana jako pierwotna organizacja popędowa.

[1]) Ibid. T. XII, str. 286.

ZAGADNIENIA PSYCHOZ WIEKU PRZEDSTARCZEGO I STARCZEGO[1])

podał

JANUSZ MEISSNER (Kobierzyn).

Gdy czyta się historje chorób osób, które zostają umieszczone w klinice czy też w zakładzie psychjatrycznym po 40 r. ż. (wykluczam chorych z par. post.), to uderza tak stosunkowo wielka ilość nazw, używanych do określenia choroby, jak i dowolność w stawianiu rozpoznań. Dowolność ta idzie nieraz bardzo daleko. Gdy jakiś chory przechodzi przez badanie dwóch lekarzy, to jeden stawia np. rozpoznanie dementia senilis, a drugi schozophrenia, albo nprz. jeden rozpozna psychozę miażdzycową, a drugi przedstarczą lub zajdzie znowu alternatywa psychoza przedstarcza — otępienie starcze i t. d.

Dowolności te i rozbieżności są spowodowane różnemi przyczynami. Czasem kierują się przy stawianiu rozpoznań li tylko wiekiem. Wtedy po 40 — 42 r. ż. może pojawić się, szczególnie u kobiet, tylko psychoza przedstarcza, czasami u kobiet zamiast psychozy przedstarczej rozpoznają kierujący się wiekiem, psychozę wieku przekwitania, nie zwracając zupełnie uwagi na to, że albo perjod zjawia się zupełnie regularnie i jak wykazuje dalszy przebieg życia, pojawia się jeszcze przez kilka lat, albo też perjody dawno znikły. Ci sami lekarze, gdy chory ma lat 55 — 60, rozpoznają zasady otępienie starcze, nie starając się niczem (innem jak tylko wiekiem) uzasadnić swoje rozpoznanie. Uderza znaczna dowolność w określaniu początku wieku przedstarczego (lub jak inni określają wieku przemian wstecznych) czy też starczego, dalej brak uzasadnienia, co dany lekarz uważa za kryterjum rozpoczęcia, czy też istnienia danego okresu życia. Dotyczy to szczególnie odnośnie do wieku przedstarczego. Tu zaznaczę, że wpływ przekwitania na powsta-

---

[1]) Odczyt wygłoszony na XIV Zjeździe Psychjatrów Polskich.

wanie różnego rodzaju zaburzeń nerwowych i psychicznych jest stanowczo przynajmniej przesadzony. Możemy mówić tylko o wpływie na na wyraźniejsze, silniejsze występowanie istniejących już objawów, o wpływie na kształtowanie się objawów zaburzeń psychicznych, powstałych z innych powodów. Wśród kierujących się w stawianiu rozpoznania li tylko wiekiem chorego są tacy, którzy u chorych np. po 45 r. ż. rozpoznają prawie wyłącznie psychozę miażdżycową, wychodząc z tego założenia, że w tym wieku u każdego człowieka zjawiła się już miażdżyca tętnic, jeżeli więc wystąpiły zaburzenia psychiczne, to jedyną ich przyczyną jest miażdżyca tętnic mózgu.

Dalej spotyka się z dowolnościami w użytkowaniu objawów psychicznych dla postawienia rozpoznania.

Nie różnicuje się ich odpowiednio nie uwzględnia, że jakieś objawy mogą być różnego pochodzenia, nie bierze się pod uwagę całości objawów. Szczególnie tyczy się psychoz u kobiet. Jeżeli u kobiety np. 40 r. ż. pojawiają się stany przygnębienia, lękowe, w dodatku połączone z mniej lub więcej wyraźnemi urojeniami, to dla niektórych lekarzy może to być tylko psychoza wieku przekwitania lub wieku przedstarczego. Zależy to głównie od upodobania.

Bardzo często uderza jedna wielka wada, łącząca się z powyższemi dowolnościami, a to nieliczenie się przy stawianiu rozpoznania z przeszłością chorego. Zaniedbania te idą w dwu kierunkach: 1) Mimo, że w wywiadach wyraźnie podano, że chory przechodził poprzednio jakieś zaburzenia psychiczne, albo, że zmienia się powoli od szeregu lat, czy też stale wykazywał wyraźne anormalności psychiczne, to badający nie zwraca na to zupełnie uwagi. 2) Nie zbiera się należycie wywiadów i nie stara się o to.

Również, tak przy stawianiu rozpoznań jak i przy rozważaniach nad psychozami wieku przekwitania, przedstarczego i starczego nie uwzględnia się zazwyczaj należycie występowania różnego rodzaju psychoz i anormalności psychicznych wśród rodziny chorego.

Wymienione wyżej niedopatrzenia i dowolności utrudniają nadzwyczaj wszelkie prace patogenetyczne, kliniczne, statystyczne i t. d.

Istnienie odrębnych psychoz wieku przekwitania i wieku przedstarczego jest podawana w wątpliwość. Objawy i ich zespoły uważane za charakterystyczne dla psychoz tego okresu życia, spotyka się także w wcześniejszych okresach życia, nie wyłączając nawet okresu pokwitania. Przebiegi psychoz również nie wykazują swoistych właściwości. Badania genealogiczne również nie wykazują cech swoistych. Do tej pory nie zdołano stwierdzić, by istniał

związek przyczynowy między zmianami anatomicznemi i czynnościowemi cielesnemi, a powstaniem psychoz w tym okresie. Zmiany te nie mają żadnego wpływu, albo w niektórych przypadkach mogą najwyżej w pewnym stopniu oddziaływać tylko na kształtowanie się objawów. Istotnie, gdy czyta się historje chorób, ciągle nasuwa się pytanie, dlaczego postawiono rozpoznanie psychozy przedstarczej czy też wieku przekwitania, a nie rozpoznano np. psychozy rozszczepieniowej lub szałowo-posępniczej? Zwrócę tu na jedno uwagę. Gdy ugrupuje się historję chorób według wieku, w którym pojawiła się psychoza czy to nastąpiło zaostrzenie lub ujawnienie psychozy przebiegającej łagodnie, to w miarę posuwania się w górę w szeregu lat zauważymy, że po 30 r. ż coraz częściej zaczynamy spotykać dłużej trwające stany lękowe (szczególnie u kobiet), przygnębienia, urojenia stają się coraz wyraźniejsze, coraz rzadziej przychodzi do t. zw. rozpadu osobowości. Prawdopodobnie wpływa tu kształtująco na objawy wiek, a to z powodu coraz większej spoistości i coraz silniejszej krystalizacji osobowości i z powodu zmiany treści przeżyć wewnętrznych. W miarę posuwania się w latach coraz silniej, coraz mocniej zaczynają odzywać się zawiedzione nadzieje, tęsknoty niezaspokojone, coraz mocniej przypominają się zmarnowane sposobności. Zaczyna odczuwać się utratę zdolności do współzawodniczenia na tem czy innem polu z młodszemi od siebie. Przyjęcie kształtującego wpływu wieku tłómaczy nam znaczną przewagę kobiet wśród chorych z rozpoznaniem psychozy przedstarczej. Mężczyzna jako bardziej opanowany uczuciowo, łatwiej i częściej opanuje się mimo choroby psychicznej, prędzej i częściej spostrzeże się, że otoczenie gotowe uważać go za psychicznie chorego, stara się zmylić otoczenie co do swego stanu, w rezultacie będzie uchodził za oryginała, odludka i t. d, a mimo tego zdolnego nawet do pracy zawodowej.

Tak samo jak psychozy wieku przekwitania i przedstarczego zaczęto poddawać w wątpliwość odrębność otępienia starczego. Brano pod uwagę nie tylko objawy psychiczne, jak i całą przeszłość osobniczą i pojawianie się psychotyków oraz psychopatów wśród rodziny chorego. Bez wątpienia w pewnej ilości przypadków rozpoznanie otępienia starczego było nie uzasadnione. Rozstrzygnięcie tego zagadnienia z szeregu przyczyn jest znacznie trudniejsze od poprzedniego. Moim zdaniem odnośnie do tego zagadnienia idzie się nieraz za daleko w wątpliwościach.

Do psychoz występujących po 40 r. ż. należą jeszcze psychozy miażdżycowe, których istnienia nie przeczy się. Tu nasuwa się je-

dno, bardzo ciekawe zagadnienie. Zobrazuję to na przykładzie. Miałem pod swoją opieką dwóch chorych z stwierdzoną za życia miażdżycą ogólną. U obydwóch objawy ogniskowe niezbyt wyraźne, stosunkowo nieznaczne. Jeden chory, według anamnezy człowiek o słabej woli, okazywał stosunkowo słabe objawy zniedołężnienia psychicznego miażdżycowego, drugi stał się milczącym, opornym, nadzwyczaj mało ruchliwym, a kilkorazowe badanie wcale nie wskazywało na to, żeby nie zdawał sobie sprawy z otoczenia, miejsca pobytu i t. d., najwyżej można było przypuszczać, że czasami w bardziej złożonych sytuacjach orjentacja mogła być utrudniona, lecz nie uniemożliwiona. Obarczenia dziedzicznego psychotycznego u tego chorego nie stwierdzono. Na sekcji stwierdzono u pierwszego chorego nadzwyczaj rozwiniętą miażdżycę tętnic mózgowych i dużą ilość drobnych jam i jamek poudarowych, u drugiego zmiany były daleko skromniejsze. Co powodowało tak olbrzymią różnicę w stanie psychicznym? Tłómaczenie konstytucją osobniczą tutaj nic nie tłómaczy. Jest to zastępowanie jednej niewiadomej drugą.

Streszczając swoje wywody mogę postawić tylko takie wnioski. Przy stawianiu rozpoznań nie uwzględnia się wszystkich danych. Istnienie t. zw. psychoz w wieku przekwitania i przedstarczego jest wątpliwe. Zwolennicy tychże psychoz muszą — o ile chcą utrzymać ich odrębność, — wypracować nowe kryterja, gdyż dotychczasowe zawiodły.

Z Kliniki Psychjatrycznej U. W.
(Dyrektor Prof. Dr. *J. Mazurkiewicz.*)

ODRUCHY PODBRÓDKOWE U CHORYCH PSYCHICZNIE

podał
MIECZYSŁAW KACZYŃSKI.

Objawy o charakterze odruchowym, których narządem wykonawczym są mięśnie wargi dolnej, opisali: *Flatau, Marinesco-Radovici, Simchowicz, Castro, Epstein, Lipszowicz* i inni. *Flatau* wiąże odruchy rogówkowo-podbródkowy i wargowo-podbródkowy, których jest autorem, oraz dłoniowo-podbródkowy *Marinesco-Radoviciego* i nosowo-oczno-podbródkowy *Simchowicza* w t. zw. zespół podbródkowy [1]). Semiologiczne znaczenie tego zespołu nie jest jeszcze ściśle ustalone, lecz według powyższych autorów odruchy te mają świadczyć przeważnie o sprawach organicznych ośrodkowego układu nerwowego.

Odruch rogówkowo-podbródkowy *Flataua* spotykany był w otępieniu starczem, któremu towarzyszyło zaburzenie chodu pod postacią marche à petit, i w porażeniu postępującem z wiądem rdzenia; nie był zaś opisywany w chorobach psychicznych czynnościowych. Odruch *Simchowicza*, jako wyraz generalizacji odruchu nosowo-ocznego, świadczy, jeżeli występuje jednostronnie lub nie jest po obu stronach jednakowo nasilony, o cierpieniu organicznem mózgu; jeżeli zaś występuje obustronnie i jednakowo, świadczy przeważnie również o cierpieniach organicznych, ale spotykano go także, choć stosunkowo nieczęsto, w chorobach psychicznych czynnościowych. Odruch *Marinesco-Radovici*, jeżeli występuje w postaci skurczu powolnego i trwałego, również świadczy o sprawie organicznej układu nerwowego; w postaci odruchu szybkiego, znikomego spotykany był w 50% przypadków badanych u ludzi zdrowych. Odruch *Castro* „miejscowy skórny odruch podbródka", świadczy o uszkodzeniu dróg

[1]) Mięśnia podbródkowego nie znamy. Nazwa ta obejmuje zapewnie szereg mięśni wargi dolnej.

piramidowych i tylko w bardzo rzadkich przypadkach, znajdowano ten odruch u ludzi zdrowych. Odruch „migotania podbródka" *Epsteina* ma występować wyłącznie u chorych psychicznie.

Najważniejsze znaczenie odruchów „zespołu podbródkowego" występuje przy różnicowaniu porażeń neuronów ośrodkowych i obwodowych. Jednostronne wzmożenie odruchu *Marinesco-Radovici* lub *Simchowicza* świadczy o uszkodzeniu drogi korowo-opuszkowej; jednostronne zniesienie tych odruchów o uszkodzeniu neuronu obwodowego. Odruch *Flataua* w porażeniach obwodowych nerwu twarzowego spotyka się po stronie porażenia.

Badania somatyczne chorych w Klinice Psychjatrycznej U. W. zwróciły naszą uwagę na znaczną częstość występowania tych odruchów, nawet w tych wypadkach, w których badanie neurologiczne nie dawało innych objawów patologicznych. Uwagę naszą skierowaliśmy na trzy odruchy podbródkowe: *Flataua*, *Marinesco-Radovici* i *Simchowicza*.

Chorych naszych w liczbie 150 przebadaliśmy czterokrotnie w odstępach czasu 7 — 10 dniowych, stosując się do może nazbyt ogólnikowych uwag autorów, dotyczących techniki i oceny wywoływanych odruchów. Z pośród badanych przez nas chorych, najliczniejszą była grupa schizofrenji, mianowicie 86 chorych; w tem 47 przypadków schizofrenji zwykłej, 25 paranoidalnej, 8 katatonicznej 6 okresowej *Claude'a*. Drugą grupę, stanowiącą 40 chorych obejmowały przypadki porażenia postępującego. Trzecią — wynoszącą 10 chorych — stanowiły przypadki epilepsji przeważnie o nieznanej etjologji. Czwartą i piątą grupę po 7 chorych stanowiły przypadki alkoholizmu przewlekłego i otępienia starczego.

Na 47 przypadków schizofrenji zwykłej, odruch rogówkowo-podbródkowy otrzymaliśmy u 17 chorych, u wszystkich z obu rogówek; w 3 przypadkach odruch był skrzyżowany, z rogówki prawej przerzucał się na mięśnie wargi dolnej po lewej, i odwrotnie, z rogówki lewej na mięśnie po prawej; w 2 przypadkach przy dotknięciu rogówki po prawej unosił się cały podbródek. Na 25 przypadków schizofrenji paranoidalnej, odruch rogówkowo-podbródkowy otrzymaliśmy u 10 chorych również z obu rogówek; w jedenastym przypadku otrzymaliśmy ten odruch tylko z rogówki prawej. Dodatni odruch rogówkowo-podbródkowy otrzymaliśmy tylko w jednym przypadku schizofrenji katatonicznej na osiem przypadków badanych, i również tylko w jednym przypadku schizofrenji okresowej *Claude'a* na sześć badanych.

W grupie porażeńców postępujących odruch rogówkowo-pod-

bródkowy był dodatni 22 przypadkach. W dwóch przypadkach słabsza była dolna gałązka nerwu twarzowego lewego i u tych chorych odruch ten był po tej stronie wyraźnie żywszy. W jednym przypadku skurcz mięśni po prawej był znacznie żywszy niż po lewej, bez śladu niedowładu dolnej gałązki nerwu twarzowego. U jednego chorego przy dotknięciu prawej rogówki, występował skurcz całego podbródka. W grupie 10 epileptyków, odruch rogówkowo-podbródkowy był dodatni w czterech przypadkach obustronnie, jednakowo nasilony, nadmieniamy przytem, że u dwóch chorych był wyraźny *Babiński* po stronie prawej. W grupie siedmiu alkoholików, omawiany odruch otrzymaliśmy w trzech przypadkach i we wszystkich trzech po lewej był wyraźnie słabszy jak po prawej, bez innych objawów neurologicznych. Z pośród siedmiu starców, odruch rogówkowo-podbródkowy otrzymaliśmy wyraźnie u jednego chorego, jednakowy po obu stronach.

Odruch nosowo-podbródkowy w grupie schizofrenji zwykłej znaleźliśmy w 12 przypadkach, przyczem zawsze występował skurcz mięśni całego podbródka; w dwóch przypadkach odruch ten był jednak nierówny; po prawej żywszy jak po lewej. W schizofrenji paranoidalnej odruch ten był dodatni w czterech przypadkach, obustronnie jednakowy. W grupie schizofrenji katatonicznej i okresowej otrzymaliśmy go u czterech chorych obustronnie.

Na czterdzieści przypadków porażenia postępującego, odruch nosowo-podbródkowy był dodatni u 12 chorych; w czterech przypadkach po prawej był wyraźny, po lewej znikomy. U dwóch chorych występował także jednocześnie z omawianym odruch nosowowargowy, którego tutaj nie omawiamy. W dwóch przypadkach niedowładu dolnej gałązki lewego nerwu twarzowego, odruch ten był po tej stronie wyraźnie żywszy. W grupie epilepsji nie obserwowaliśmy odruchu nosowo-podbródkowego, ani w czasie ataku, ani potem. W otępieniu starczem znaleźliśmy go u jednego chorego obustronnie.

Odruch *Marinesco-Radovici* znajdowaliśmy stosunkowo często. W grupie schizofrenji prostej był dodatni w 18 przypadkach; z tych u sześciu chorych przerzucał się z lewej dłoni na prawe mięśnie podbródkowe, z prawej na lewe. U 5 chorych był wyraźnie nie jednakowy: silniejszy u trzech chorych po lewej, u dwóch po prawej. W dwóch przypadkach obejmował cały podbródek. W grupie schizofreników paranoidalnych, odruch ten był dodatni w 14 przypadkach, w tem u sześciu chorych żywszy po lewej, jak po prawej, i u sześciu żywszy po prawej jak po lewej. W dwóch przypadkach

unosił się cały podbródek. W schizofrenji katatonicznej na osiem przypadków odruch dłoniowo-podbródkowy był dodatni u sześciu chorych. W dwóch przypadkach po lewej był znacznie żywszy jak po prawej. W grupie schizofrenji okresowych, otrzymaliśmy go w czterech przypadkach o jednakowem nasileniu po prawej i po lewej stronie.

Na 40 przypadków porażenia postępującego odruch *Marinesco-Radovici* występował u 28 chorych, w tem u siedmiu chorych unosił się cały podbródek, bez względu na to, z której dłoni wywoływaliśmy odruch. W 11 przypadkach odruch po lewej był wyraźnie żywszy, jak po prawej. W jednym przypadku odruch przerzucał się: z lewej dłoni na prawe mięśnie podbródkowe, z prawej — na lewe. W dwóch przypadkach niedowładu nerwu twarzowego (dolnej lewej gałązki), odruch omawiany był po tej stronie wyraźnie żywszy, jak po stronie zdrowej. W jednym przypadku odruch ten otrzymaliśmy tylko po stronie prawej, i to zarówno z dłoni lewej jak i prawej. W grupie 10 przypadków epilepsji — odruch *Marinesco-Radovici* znajdowaliśmy u pięciu chorych. W jednym przypadku odruch z dłoni lewej występował w obustronnym skurczu mięśni podbródkowych; z dłoni prawej występował tylko słaby skurcz znikomy po prawej.

W alkoholiźmie przewlekłym odruch ten notowaliśmy u sześciu chorych, w dwóch przypadkach po lewej żywszy jak po prawej, w jednym po prawej żywszy jak po lewej. W grupie otępienia starczego, odruch *Marinesco-Radovici* był dodatni u pięciu chorych, w tem u trzech występował skurcz całego podbródka niezależn.e od ręki, z której wywoływaliśmy odruch. W pozostałych przypadkach odruch był po obu stronach jednakowy.

Wspominaliśmy, że badania nasze były czterokrotne, i naogół wskazywały na to, że odruchy te są niestałe i szybko się wyczerpują. Stosunkowo najstalszym jest odruch *Flataua*, znajdowaliśmy go przeciętnie trzy razy na cztery badania. Drugim co do stałości jest odruch *Marinesco Radovici.* O ile nasilenie odruchu rogówkowo-podbródkowego było względnie stałe, o tyle ten odruch przedstawia u tego samego osobnika, w różnym czasie badania — różne stopnie nasilenia. Drgnięć mięśni znikomych, spotykanych częściej niż powolne, trwałe, nie braliśmy wogóle pod uwagę, lecz uwzględnialiśmy tylko wyraźne ruchy mięśni podbródkowych, w myśl żądania *Radovici*, co jest oczywiście względne, wobec zmienności nasilenia tego odruchu. Okazywało się, że u jednego osobnika ten odruch raz występuje jako powolny i trwały, to znów jest szybki, znikomy, albo

nawet nie otrzymuje się go zupełnie. Ocena tego odruchu, zdecydowanie się na właściwe ujęcie — zawsze mogą budzić pewne wątpliwości. Zmienność nasilenia i niestałość występowania cechują także odruch *Simchowicza*, przyczem musimy podkreślić, że wyczerpywanie się jego jest znacznie szybsze od poprzednich, gdyż następuje nieraz nawet już po jednem, dwóch wywołaniach.

Ocena porównawcza tych trzech odruchów świadczy, że najczęstszym z nich i zdaje się równocześnie najczulszym, jest odruch dłoniowo-podbródkowy. Dobrze nasilonemu temu odruchowi przeważnie towarzyszyły odruchy pozostałe, choć nadmieniamy, co zresztą i z poprzednich danych wynika, że u niektórych chorych otrzymaliśmy jeden rodzaj odruchu podbródkowego, zaś innych nie, przyczem charakter skurczu mięśni podbródkowych, wywołanego z różnych powierzchni czuciowych ciała, był podobny, np. przewaga lewego odruchu *Marinesco-Radovici* uderzała i w odruchu *Simchowicza* i *Flataua*.

Odruchy wymienione różnie zachowują się w różnych jednostkach klinicznych, zwłaszcza pod względem częstości występowania. Odruch *Marinesco-Radovici* jest najczęstszym w schizofrenji katatonicznej (75%), mniej częsty w schizofrenji okresowej i paranoidalnej (82% i 56%). Odruch *Simchowicza* był najczęściej spotykany w schizofrenji okresowej (72%), mniej często w schizofrenji katatonicznej i zwykłej: (50% i 25%). Odruch *Flataua* spotykaliśmy najczęściej w schizofrenji paranoidalnej (40%) rzadziej w zwykłej, okresowej i katatonicznej (38%, 17% i 14%). W grupie paralitycznej najczęstszy jest odruch dłoniowo-podbródkowy (70%), mniej częsty rogówkowo-podbródkowy i nosowo-podbródkowy (55% i 30%). W grupie epilepsji i alkoholizmu przewlekłego najczęstszy jest odruch *Marinesco-Radovici* (50% i 86%) i *Flataua* (49% i 44%). Wreszcie w grupie otępienia starczego częstość występowania odruchu *Marinesco-Radovici* jest dużo większa (70%), niż pozostałych odruchów (14%).

Największa trwałość i nasilenie odruchu *Marinesco-Radovici* występuje najczęściej w otępieniu starczem, schizofrenji katatonicznej i porażeniu występującem, odruchu *Flataua* w porażeniu postępującem i schizofrenji paranoidalnej, odruchu *Simchowicza* w porażeniu postępującem i schizofrenji zwykłej. Mówimy tu oczywiście o odosobnionem występowaniu odruchów podbródkowych w przypadkach, w których badanie neurologiczne nie dawało innych objawów chorobowych, z wyjątkiem dwóch chorych z niedowładem dolnej gałązki nerwu twarzowego.

Powyższe zestawienia uzupełnimy teraz obserwacjami nastroju

chorych w czasie badań, który pośrednio lub bezpośrednio zdaje się wpływać na częstość zjawiania się tych odruchów. Ogólnie możemy powiedzieć, że stany wzruszeniowe o charakterze lękowym, niezadowolenia, przygnębienia, złości — sprzyjają pojawieniu się odruchów nawet u tych chorych, u których poza temi stanami wzruszeniowemi odruchy powyższe wogóle nie występują; dotyczy to zwłaszcza odruchu *Marinesco-Radovici*. Stany uczuciowe radosne, pogodne, a także stany obojętności nie sprzyjają pojawieniu się odruchów podbródkowych.

W przypadku psychopatji konstytucjonalnej z epizodami psychogennemi, nie zaliczonym do powyżej omówionych, mieliśmy w czasie pierwszego badania znikomy odruch *Marinesco-Radovici* po prawej, którego nawet nie notowaliśmy w historji chorego. Chory był wtedy pogodny, spokojny. W kilka dni później otrzymana wiadomość silnie wzruszyła naszego chorego, wywołała płacz i napad drgawkowy o charakterze histerycznym. Obserwowaliśmy wtedy wybitny odruch *Marinesco-Radovici* z obu rąk, z unoszeniem niemal całego podbródka, przy nadal ujemnych innych odruchach podbródkowych. Jeszcze w kilka godzin po uspokojeniu się chorego występował wyraźny odruch *Marinesco-Radovici*, który nazajutrz znów był zaledwie widoczny.

W przypadku schizofrenji paranoidalnej z częstemi przejściowemi stanami podnieceń, złości—mogliśmy zauważyć wybitne wzmaganie się odruchu *Marinesco-Radovici* w okresach tych stanów wzruszeniowych i słabnięcie odruchu omawianego, gdy chory się uspokajał. W przypadkach epilepsji, obserwowaliśmy chorych przed zabiegiem odmy czaszkowej i po nim. Obserwowaliśmy znów, że stan wzruszenia o zabarwieniu ujemnem przed zabiegiem, — wywołuje u chorych wzmożenie odruchu *Marinesco-Radovici*, bez wyraźnego wpływu na pozostałe odruchy podbródkowe. W czasie zabiegu, u niektórych chorych odruch ten utrzymywał się w takiem samem nasileniu jak przed zabiegiem, zaś u innych słabł lub potęgował się. Również stany po odmie, jeżeli chorzy są płaczliwi, jęczą, są niezadowoleni, powodowały wyraźniejsze występowanie i utrzymywanie się omawianego odruchu dłoniowo-podbródkowego.

Mieliśmy możność badania odruchów podbródkowych także u chorych w stanie manjakalno-depresyjnym. Chory, który przebywał na oddziale przez wiele tygodni w fazie manjakalnej, — nigdy nie miał żadnego z odruchów omawianych. W okresie słabnięcia fazy manjakalnej, zaczęły pojawiać się objawy fazy depresyjnej. Badaliśmy wtedy chorego i okazało się, że odruch *Marinesco-Rado-*

vici występuje obustronnie wyraźnie, a nadto zjawił się odruch *Simchowicza* słaby, lecz po prawej wyraźniejszy niż po lewej. Również inna chora w fazie depresyjnej miała odruch *Marinesco-Radovici* obustronnie wybitny i dodatni odruch *Simchowicza* obustronie równy. Naogół musimy zatem powiedzieć, że odruchy omawiane należące do grupy podbródkowych, są stosunkowo częste w przypadkach psychjatrycznych zarówno organicznych jak i czynnościowych. Należy tu zaznaczyć, że mięśni wargi dolnej jest kilka i inerwacja jest zmienna. W różnych dniach badania, mogliśmy zauważyć u tego samego chorego, skurcz bądź mięśnia bródkowego, bądź też trójkątnego lub czworobocznego wargi dolnej. Prawdopodobnie jednak skurcze poszczególnych tych mięśni, mogą nie mieć specjalnego znaczenia w obrazie odruchu. Otrzymane wyniki nasunęły nam pewne wątpliwości dotyczące interpretacji tych odruchów, którym autorowie nadają głównie znaczenie neurologiczno-djagnostyczne, które zresztą ujawniło się i w naszych dwóch przypadkach niedowładu gałązki nerwu twarzowego. Ujemny wynik badania neurologicznego w przypadkach pozostałych, skłonił nas do szukania wytłómaczenia tych odruchów z innego punktu widzenia. W tym celu zwróciliśmy uwagę na układ wegetatywny naszych chorych i przebadaliśmy wszystkich na ich napięcie układowe Wiadomo, że układ wegetatywny wykazuje pod wpływem wzruszeń zmiany swego napięcia i pobudliwości, które mogą mieć wpływ pośredni czy bezpośredni na unerwienie mięśni dowolnych wogóle.

Badania oparliśmy na próbach farmakologicznych i odruchowych, według wzorów podanych przez *Eppingera* i *Hessa*, a także *Danielopolu* i jego współpracowników. Wybraliśmy próby: *Aschnera* adrenalinową, ortostatyczną, klinostatyczną, atropinowo-statyczną i *Rusznyaka*. Stosowaliśmy tylko te próby, jako główne, chodziło nam bowiem o zorjentowanie się ogólne. Rozczyn adrenaliny 0,01 mg. stosowaliśmy dożylnie w ilości 1 cm^3. W przebiegu próby atropinowo-statycznej, osiągaliśmy porażenie układu parasympatycznego po injekcji dożylnej atropiny w ilości 1,0 — 2,0 — 3,0 miligramów, zresztą ściśle indywidualizując. Do próby *Rusznyaka* używaliśmy neutralnego rozczynu kokainy z pilokarpiną. Wynik obliczaliśmy z zestawienia tych wszystkich prób, które dość często dają sprzeczne wyniki; dotyczy to zwłaszcza prób *Danielopolu*, adrenalinowej i *Rusznyaka*. Zestawienia jednak pozwalały nam wyciągnąć pewne wnioski o stanie danego układu wegetatywnego. Próbom na układ wegetatywny poddawaliśmy wyłącznie chorych, wykazujących dodatnie odruchy podbródkowe, chorych w ogólnej liczbie 42. W grupie

schizofrenji zwykłej było sympatykotoników siedmiu, amfotoników trzech, i wagotoników czterech. W grupie schizofrenji paranoidaldalnej sympatykotoników było trzech; amfotoników nie było; wagotoników — dwóch. W schizofrenji katatonicznej — sympatykotoników, amfo i wagotoników było po jednym. W grupie schizofrenji okresowej było dwóch sympatykotoników. W grupie porażeńców było pięciu sympatykotoników, dwóch amfotoników i trzech wagotoników. W grupie epilepsji było sympatyko - amfo - wagotoników po jednym. Wreszcie wśród alkoholików było trzech sympatykotoników, jeden amfotonik i jeden wagotonik. Klasyfikacja wegetatywna powyższych 42 chorych zdaje się nie pozostawać w żadnym wyraźnym związku z poszczególnemi dodatniemi odruchami podbródkowemi, o ile można wnioskować z naszego szczupłego materjału. Jednak można zauważyć, że według naszego zestawienia, sympatykotonja przeważa u chorych z dodatniemi odruchami podbródkowemi; musimy jednak zastrzec, że nasze badania wegetatywne były naogół jednorazowe, więc nie pozwalają stwierdzić, czy stan układu wegetatywnego nie uległ zmianom, równolegle do zmian klinicznych wogóle i do zmian w odruchach podbródkowych. Możemy zaś sądzić o możliwości takich wahań wegetatywnych, na podstawie badań wspomnianego przypadku psychozy manjakalno depresyjnej. Chory ten był badany w fazie manjakalnej i wtedy wagotonja jego nie ulegała wątpliwości; zaś badany powtórnie, już w fazie depresyjnej, wykazywał objawy sympatykotonji. Zresztą chwiejność układu wegetatywnego jest wogóle podkreślana przez wielu autorów.

Następnie przeprowadziiśmy doświadczenia nad zachowaniem się odruchów podbródkowych w śnie narkotycznym. Do narkozy używaliśmy chlorku etylu, otrzymując szybki i krótkotrwały sen. Chorzy badani byli na dzień przed narkozą, na chwilę przed zaśnięciem w czasie snu i budzenia się.

Usypialiśmy 13 chorych i badania przed narkozą nie wykazywały wyraźnych zmian odruchów, a w szczególności w żadnym przypadku nie było ich zaniku. *Narkoza natomiast usuwała wszystkie odruchy podbródkowe nawet najsilniej przedtem wyrażone, bez względu na rodzaj schorzenia usypianych.* Stan oszołomienia ponarkotycznego, w którym już było przywrócone czucie — powodował natychmiast zjawienie się tych odruchów, które były przed snem. Tylko w dwuch przypadkach ze słabo nasilonemi odruchami *Marinesco-Radovici* i w jednym przypadku ze słabym odruchem *Flataua* — odruchy te nie występowały jeszcze w godzinę po obudzeniu się z narkozy i dopiero nazajutrz mogliśmy je obserwować powrotnie. Wra-

canie poszczególych odruchów nie jest jednoczasowe; najszybciej wraca *Marinesco-Radovici*, następny jest odruch *Flataua*.

Dalsze obserwacje chorych z dodatniemi odruchami podbródkowemi przeprowadziliśmy w fizjologicznym śnie. Badanie to jest trudne, bowiem wielokrotnie chorzy budzili się i wpadali w stan silnego podniecenia. Oczywiście badania dotyczyły tylko odruchu dłoniowo-podbródkowego. Udało nam się ustalić na materjale 42 chorych, że odruch ten zachowuje się różnie u chorych z różnym obrazem klinicznym cierpienia. Z pośród paralityków z silnie wyrażonemi temi odruchami — *odruch ten w śnie fizjologicznym znika w 25% przypadków, zaś w 75% nie znika*, następuje tu jedynie zmiana jego postaci, spowodowana różnym układem głowy, mięśni wargi dolnej, a czasem i oddychaniem, a polegająca głównie na pewnem osłabieniu odruchu. W przypadkach, w których odruch ten był słabo nasilony — sen osłabia go jeszcze bardziej, niemal usuwa. *Nigdy nie obserwowaliśmy wzmożenia tego odruchu we śnie.*

Przypadki schizofrenji podzielić możemy pod tym względem na dwie grupy, niezależnie od postaci schizofrenji, na grupę o przewlekłym przebiegu choroby i grupę o przebiegu ostrym. Chorzy, którzy należą do grupy pierwszej, u których proces trwa już szereg lat, w śnie fizjologicznym nie tracą odruchu *Marinesco-Radovici*, który tylko modyfikuje się i osłabia warunkami ułożenia głowy, wspomnianemi wyżej. Tylko w jednym przypadku długotrwałej schizofrenji, chory zachowywał się odmiennie od opisanych. Objaw dłoniowo-podbródkowy był u niego znikomy, niekiedy nie otrzymywaliśmy go zupełnie. Pewnego dnia chory nabawił się anginy, ciepłota jego wzrosła do 39° C; zauważyliśmy wtedy, że odruch omawiany stał się wyrazistszy, pewny. Po kilku dniach, gdy ciepłota minęła, odruch stał się znów znikomy. W stanie zupełnego zdrowia fizycznego badaliśmy tego chorego dwukrotnie w śnie fizjologicznym; za każdym razem okazało się, że odruch *Marinesco-Radovici* był niemal wybitny i obustronny. Tu wspominamy, że u chorych gorączkujących odruch omawiany i niekiedy odruch *Flataua* i *Simchowicza* wyraźnie się wzmaga; po ustąpieniu ciepłoty słabnie.

Chorzy z ostrym procesem chorobowym — z halucynacjami, urojeniami, barwnem życiem afektywnem — *prawie wszyscy tracą w śnie fizjologicznym odruch Marinesco-Radovici*, nawet jeżeli był dość silnie wyrażony przed snem; w szeregu nocnych badań nie udało się nam otrzymać tego odruchu, ani z ręki lewej ani z prawej, choć z rana następnego dnia odruch ten był znów wyraźny. Jedynie w trzech przypadkach przebiegających ze wzniesieniem

ciepłoty spowodu leczenia malarją, — odruch ten był takiż sam w dzień, jak i w śnie fizjologicznym.

Obserwacje nasze zakończyliśmy spostrzeżeniami nad zachowaniem się opisanych odruchów po injekcjach strychniny. Badaliśmy chorych bez omawianych odruchów, z odruchami „znikomemi" i wyraźnemi. Injekcje były podskórne w dawkach 0,25 cm^3, 0,5 cm^3, 1 cm^3 i 2 cm^3 rozczynu 1/1000. Wszystkich chorych badaliśmy w 15 minut po injekcji, w $1/2$ godziny, w 45 minut i w godzinę po injekcji. Ustaliliśmy, że słabsze dawki strychniny nie wywołują zmian u chorych bez odruchów opisywanych, jak również u chorych z dodatniemi odruchami podbródkowemi, zaś dawka od 1 cm^3 do 2 cm^3 niekiedy wzmaga nasilenie odruchów znikomych, wszystkich trzech; maximum wzmożenia występuje w 45 minut po injekcji.

* *
*

Zajęliśmy się odruchami podbródkowemi, gdyż spotyka się je często w badaniu neurologicznem psychicznie chorych, nie wykazujących innych objawów neuropatologicznych i dlatego, że dotyczą one aparatu mimicznego twarzy, związanego z psychiką. Zestawiając wyniki naszych obserwacyj, musimy stwierdzić, że biorąc pod uwagę znaczenie neurologiczno-djagnostyczne tych odruchów, oraz ich występowanie u chorych psychicznie w postaci, jak się zdaje niczem nie różniącej się od spotykanych u chorych organicznie — zawdzięczamy powstawanie tych psychjatrycznych odruchów podbródkowych, albo procesom organicznym niepoznawalnym, albo procesom funkcjonalnym różnej natury. Opracowaniu mikroskopowemu przypadków sekcyjnych, chorych z dodatniemi odruchami omawianemi, poświęcimy część drugą naszej pracy. Koncepcyj nieanatomicznych, usiłujących tłómaczyć powstawanie omawianych objawów nie znamy. *Radovici* wspomina o chronaksji grupy mięśni wargi dolnej i nerwu środkowego i nadmienia, że izochronizm czuciowo-ruchowy (0,00024 — 0,00032 sek.) może być jednym z ważnych warunków powstawania odruchu dłoniowo-podbródkowego; jednym z ważnych warunków — bowiem mimo izochronizmu (nieprzekroczony stosunek 1:2) — u wielu badanych nie dochodzi do pojawienia się wymienionego odruchu. Badania nasze również nie wyjaśniają bliższych warunków powstawania odruchów podbródkowych. Faktem jest ich częste występowanie, niezależnie od innych objawów neurologicznych; zwraca również uwagę największą ich trwałość i nasilenie często w jednostkach chorobowych o niewątpli-

wych zmianach anatomicznych mózgu. Lecz znaczenie stanów wzruszeniowych w pojawianiu się i żywości tych odruchów nie ulega kwestji. Zachowanie się naszych objawów podbródkowych w śnie narkotycznym jest analogiczne do zachowania się innych odruchów i zależy prawdopodobnie od porażenia ośrodków czuciowych. Nasze obserwacje chorych nad zachowaniem się odruchu *Marinesco-Radovici* w śnie fizjologicznym przemawiają, między innemi, za hamującem działaniem snu na ten odruch.

Wytłómaczenie pojawienia się odruchów podbródkowych u chorych psychicznie jest jeszcze trudniejsze aniżeli w przypadkach neuropatologicznych.

Najważniejsze znaczenie zdają się tu mieć wpływy układu wegetatywnego na unerwienie mięśni podbródkowych. Za tem przypuszczeniem przemawia zależność tych odruchów od stanów wzruszeniowych. Znikanie odruchu Marinesco-Radovici w śnie fizjologicznym jest prawdopodobnie następstwem ciszy afektywnej, braku życia uczuciowego w stanie głębokiego snu. Doświadczenia *Orbeliego* nad wpływem układu wegetatywnego nasilającym, osłabiającym lub hamującym odruchy rdzeniowe, wykazały niezbicie, eksperymentalnie istnienie tego wpływu. Jeżeli stosunki anatomiczno-fizjologiczne w opuszce są analogiczne do stosunków w rdzeniu kręgowym, wykazanych przez *Orbeliego* i jego szkołę, to nasze spostrzeżenia nad wpływem wzruszeń i snu głównie na odruch *Marinesco-Radovici* uzyskałyby tłómaczenie fizjologiczne.

Reasumując wyniki naszych obserwacyj możemy powiedzieć:

1. Omawiane odruchy podbródkowe są stosunkowo częste u chorych psychicznie, którzy nie wykazują innych objawów neuroogicznych.

2. Pewne stany wzruszeniowe, a także stany gorączkowe sprzyjają pojawianiu się i nasilaniu tych odruchów.

3. U chorych z omawianemi odruchami częściej występuje sympatykotonja aniżeli wago — lub amfotonja.

4. Sen narkotyczny usuwa omawiane odruchy.

5. Sen fizjologiczny osłabia odruch *Marinesco-Radovici* w grupie porażeńców postępujących i schizofrenji o charakterze przewlekłym, zaś znosi go w grupie schizofrenji o przebiegu ostrym.

6. Strychnina nie wywiera większego wpływu na te odruchy.

PIŚMIENNICTWO.

Benedek L. et F. Kulcsar: Sur reflexe noso-oral. Rev. Neur. 37. I. 1930. *Bourguignon:* Chronaxie et reflexes Cb. 3-4. 1933. *Castro:* Le reflexe cutané du

menton. Rev. Neur. T. I. Nr. 1 1926. *Epstein*: Pathologische Gesichtreflexen und ihre Bedeutung in der Psychiatrie. Cb. 61.528. *Flatau*: O epidemji zapalenia rozsianego układu nerwowego w Polsce. W. C. L. Nr 51 VIII. 31. *Higier*: Układ nerwowy roślinny i badania jego sprawności w klinice chorób wewnętrznych P. A. M.W. 1931. *Lipszowicz*: Badania nad odruchem rogówkowo-podbródkowym Flataua Neur. P. 1932. *J. Mazurkiewicz*: Układ nerwowy roślinny i zaburzenia psychiczne. R. Psych. 1925 t. II. *Minkowski*: Züm gegenwärtige Stand der Lehre von den Reflexen. Berlin 1925. *Radovici*: Etudes sur la circulation de l'influx nerveux dans larc reflexes. 1927. *Simchowicz*: O odruchu nosowo-oczno-podbródkowym P. G. Lek. 39. 1922.

ŁAGODNA SCHIZOFRENJA

podał

JAN NELKEN.

Formy schizofrenji łagodnej czy ukrytej (Schizophrenia mitis, latens; schizothymia) można obserwować w dwóch kierunkach: albo posuwając się wdół od wyraźnych form schizofrenji prostej przez psychopatje do nerwic — albo też odwrotnie, wschodząc w górę od podejrzanych nerwic i form psychopatycznych do coraz wyraźniejszych objawów schizofrenicznych, tworzących już proces psychotyczny. Zwykła droga poznania psychjatrycznego idzie od form bardziej rozwiniętych do form mniej wyraźnych (*Bleuler*). Druga droga idzie od osobnika zdrowego przez najlżejszą nerwicę, przez reakcje psychorodne, przez reakcje psychopatyczne i trwałe psychonerwice do *form mikropsychotycznych* z nadzwyczaj bladym psychotycznym zbiorem objawów (*Rosenstein i jego szkoła*).

Idąc tą pierwszą drogą notujemy przedewszystkiem wiadomości o stanach bezpośrednio poprzedzających wybuch psychozy, które to stany powodują przyjęcie do kliniki albo zakładu. Objawy te, wskazujące na początkującą przemianę psychiczną lub na rozstrój nerwowy, są następujące.

Schneider odróżnia trzy formy początku schizofrenji:

1) zmiany usposobienia: zamknięcie się w sobie, drażliwość, utrata dawnej pobudliwości, odkładanie pracy, przesiadywanie bez zajęcia, pogrążanie się w sobie, trudność radzenia sobie z codziennemi obowiązkami. — Należą tutaj ludzie gniewni, drażliwi, złośliwi, nieobliczalni, ludzie, wykazujący utratę rozumienia blizkich krewnych, ich trosk radości i nadziei. Zdarza się dalej — oziębłość, intrygi, bezwzględność, samolubstwo, ambicja bez osiągalnych celów.

2) ogólne zaburzenia nerwowe: znaczne, bardzo męczące bóle głowy z różną jeszcze mało opisaną lokalizacją, nieodpowiadające żadnej znanej postaci bólów głowy; nieokreślone bóle w członkach lub organach bez jakichkolwiek wyników przy badaniu cielesnem;

zwłaszcza przewód żołądkowo-kiszkowy bywa miejscem tego rodzaju zaburzeń. Zaburzenia te nie mogą być uważane za hipochondryczne, a raczej są oznaką ogólnego przewrotu w układzie nerwowym. Dalej — objawy psychorodne; częsta bezsenność i spadek ciężaru ciała; nieokreślona ociężałość ogólna; lęk przed przyszłością; zmęczenie; niemożność skupienia się i napięcia duchowego; potrzeba spokoju; wybitne wyczerpanie.

3) Objawy z tych pierwszych dwóch grup mogą się łączyć z wyłącznie pojedyńczo występującemi objawami schizofrenji: z pojedyńczemi głosami, odjęciem myśli, zatamowaniem. O tych objawach zwykle się nie mówi. Czasem wyrażanie myśli bywa zamazane. Występuje dziwaczne postępowanie. Trwanie tych objawów bywa zupełnie różne.

W związku z tem obserwuje się i różne przebiegi schizofrenji: 1) niezahamowany przebieg choroby aż do otępienia, 2) zatrzymanie się choroby, 3) przebieg z nasileniem napadów choroby i 4) przebieg z wolnemi od choroby przerwami.

Cały szereg autorów (*Kahlbaum*, *Sommer*, *Diem*, *Kraepelin*) zwrócił uwagę nietylko na łagodną formę hebefrenji, na heboidofrenję, ale stwierdził, że i postać otępienia wczesnego prostego (D. pr. simplex) może przepływać wyjątkowo łagodnie i długo.

Dementia praecox simplex *Kraepelina* polega, jak wiadomo, na dokonywującem się bladnięciu i opustoszeniu całego życia psychicznego... W niektórych wypadkach widocznem jest tylko bardzo lekkie w porównaniu z poprzedniem zachowaniem się otępienie... Pewna mała część przypadków nie bywa wogóle uznawaną jako choroba i nie trafia do rąk psychjatry — zdolni uczniowie, którzy w pewnym wieku przestają się uczyć... młodzi ludzie, którzy nie osiągają stanowiska w życiu i schodzą na nic... Dementia simplex może być uznaną, jako pierwszy rozdział otępienia wczesnego.

Również i niektórzy autorzy francuscy (*Masselon*, *Pascal C.*) zauważyli niezmiernie wolny przebieg schizofrenji i zacieranie się objawów psychicznych. Tu również należą i psychasteniczne formy nerwicy *Janeta*.

Kronfeld uznaje za potrzebne odgraniczenie schizoidalnej psychopatji pomiędzy psychopatjami wogóle a psychozą schizofreniczną. Stwierdza on, że *Kretschmer* zaciera granicę pomiędzy schizofrenją, jako chorobą, a pomiędzy schizoidalnym charakterem. Czy musi być przyjęty dla schizofrenicznej konstytucji i jej krzywej rozwoju jeszcze dalszy geniczny czynnik, aby mogła powstać schizofrenja? Czy

schizofrenja, jako choroba, przedstawia jedynie punkt kulminacyjny w fenotypice konstytucji schizoidalnej?

Przypadki cytowane przez *Kronfelda* nie są właściwie skrytemi ani nierozwiniętemi formami schizofrenji. Są to przypadki różnego pochodzenia o leniwym przebiegu lub po przebyciu ostrych psychoz, nawet niektóre formy paranoidalne, które w leczeniu ambulatoryjnem wykazują kontakt ze światem zewnętrznym i są dostępne dla psychoterapji i remisji.

Bleuler, twórca schizofrenji skrytej (latente Schizophrenie), stwierdza, że istnieją schizofrenje, które nigdy się nie ujawniają. Można się z nimi spotkać u krewnych osób cierpiących na schizofrenję zupełnie jawną albo też w godzinach przyjęć ambulatoryjnych u domniemanych chorych nerwowych... W niektórych wypadkach wyraża się schizofrenja jako zawód w zdolnościach i w pracy, w innych wypadkach histeryczne albo też neurasteniczne objawy będą występowały zastępczo całemi latami i podlegać leczeniu bez żadnego skutku. Czasem występuje ona pod postacią natręctw... Tacy lekko chorzy uważani bywają za chorych nerwowych w różnym stopniu, za degeneratów i t. d. Jeżeli badać anamnezę tego rodzaju chorych, trafiających do zakładu w późniejszych latach wskutek obostrzenia swego stanu, badania sądowo-lekarskiego, patologicznego, upicia się, albo też innego wypadku, to znajduje się w wywiadach niewątpliwie lekkie objawy schizofrenji. Często istnieje w stanie ukrytym ten albo inny katatoniczny albo paranoidalny objaw. Obostrzenia w późniejszym wieku wykazują, że wszystkie postacie tej choroby mogą przebiegać skrycie. — Istnieje zatem schizofrenja skryta, forma najczęstsza pomimo, że jaknajrzadziej zwraca się o leczenie. Wszystkie objawy i zbiory objawów, które przytrafiają się w rozwiniętej formie schizofrenji mogą się tu znajdować *in nuce*. Ludzie drażliwi, dziwaczni, samotni, przesadnie punktualni mogą wywoływać podejrzenie schizofrenji. — *Schizofrenja skryta jest to właściwie schizofrenja bez psychozy.*—Obostrzenie choroby, które sprowadza chorego do zakładu, wcale nie jest początkiem choroby, która już dawno zaczęła się stopniowo („schleichend") pod postacią niedostrzegalnych dla laików zmian charakterologicznych.

Kretschmer stwierdza, że schizoidzi mają powierzchnię i głębię. Z powierzchni nie można wnioskować, co się pod nią kryje. Po przeminięciu schizofrenji w przypadkach lekkich znajdują się postpsychotyczne osobowości, w przypadkach ciężkich — otępienie schizofreniczne. Kolejność w ciężkich przypadkach bywa naogół następująca: istniejąca od wczesnej młodości osobowość schizoidalna — psy-

choza w wieku dojrzewania płciowego — jako jej skutek pozostaje albo otępienie schizofreniczne albo postpsychotyczna osobowość, nie odróżniająca się w najlepszym razie od osobowości prepsychotycznej. Przemieszczenie t. zw. psychestetycznej proporcji bez wyraźnych objawów odpowiada właśnie łagodnej formie schizofrenji.

Mayer-Gross opisuje pomiędzy atypowemi formami schizofrenji, jako obrazy patoplastycznie zakryte, sprawy schizofreniczne podobne do nerwic. Kładzie on nacisk na objawy, które utrudniają rozpoznanie charakteru schizofrenicznego psychozy i zaciemniają podstawowe cierpienie. Odnosi się tutaj przedewszystkiem neurasteniczno-hipochondryczny okres poprzedzający hebefrenję, który może trwać latami i nawet specjaliście zakrywać podstawowy proces... Rozpowszechniony pogląd, że wśród psychastenij *Janeta* znajdują się utajone schizofrenje należy w zupełności do tej dziedziny. Również i natręctwa, które trwają niezmiennie przez dziesiątki lat i prowadzą do autystycznego wyodrębnienia należą według wszelkiego prawdopodobieństwa do procesów schizofrenicznych. *(K. Schneider, Jahrreis).*

Mayer-Gross twierdzi, że dotychczas nie dowiedziono, aby każdy z przypadków nietypowej i skomplikowanej formy otępienia wczesnego był identycznym ze skrytą schizofrenją *Bleulera.*

Najbardziej jasne i określone ujęcie znajduje pojęcie schizofrenji łagodnej w moskiewskiej szkole psychjatrycznej prof. *Rosensteina. (Rosenstein, Goldowskaja, Kannabich, Friedman, Kamieniewa, Goldenberg, Czernucha* i t. d.).

Opierając się na specjalnych okolicznościach pracy w sowieckich ośrodkach zdrowia nad różnemi grupami chorych „nerwowych", szkoła ta stara się wyizolować łagodne niepsychotyczne formy schizofrenji. *Rosenstein* uważa łagodną schizofrenję nie jako prodromalne stany początkowe przyszłych psychoz, ale jako samodzielną formę psychozy. Badanie systematyczne wielkiej ilości przypadków stanów podobnych do nerwic i ustalenie form nerwic (schizoidalna nerwica, schizoidalna histerja — *Buniejew* i *Simson*) z różnemi mikrosymptomami daje możność wydzielenia całego rzędu zbiorów objawów, analogicznych zupełnie do psychotycznych obrazów schizofrenji, ale wykazujących tego rodzaju łagodny przebieg, że nie można do tych przypadków zastosować pojęcia psychozy; wówczas kiedy, biorąc tę sprawę odwrotnie — zastosowanie tutaj pojęcia nerwicy albo psychonerwicy myli co do istnienia chorobliwego procesu. Wśród tych przypadków specjalne znaczenie przypada zbiorowi objawów schizofrenji ze względu na rozpowszechnienie i jego znaczenie teoretycz-

ne. Nie ma to oznaczać rozszerzenia grupy zasadniczej schizofrenji, ale jedynie ustanowienie nowej formy, która aczkolwiek jest blizką do znanych form schizofrenji, ale się od nich jakościowo różni. — Jaźń chorego ukrywa czasem własne chorobliwe objawy (izolowane omamy i urojenia) przed samą sobą. W znacznej ilości przypadków dochodzi do dalszego rozwoju objawów. Mogą się zjawiać typowe omamy, urojenia wpływania i prześladowcze, autystyczne nastawienie do zewnętrznej rzeczywistości, odwrócenie nastawienia do swego własnego „ja", apatja i t. d. Zachorowanie całej osobowości uzewnętrznia się czasem i przy łagodnej formie w specyficznych częściowych odszczepieniach własnej jaźni i jej poszczególnych komponentów. Jak i w początkowem stadjum właściwej schizofrenji znajduje się i tutaj charakterystyczny rozwój takich z początku izolowanych przeżyć, które się sprowadzają do odczuwania własnej jaźni, własnego mózgu, oddychania, dziedziny ruchów i różnych części aparatu ruchowego wogóle... Nierzadko znajdują się i izolowane zjawiska schizofreniczne w dziedzinie płciowej. Różne formy neurastenji płciowej (impotentia—frigiditas) mogą być już oddawna uznane za schizofreniczne. — Zwolnienie częściowego autyzmu i autonegatywizmu w stosunku do własnych objawów stwarza warunki dla zbliżenia się tego rodzaju chorych do lekarza i nawiązania kontaktu.

Odróżniać zatem w tej dziedzinie można dwie grupy:

1) grupa, w której schizofreniczny kompleks objawów występuje zupełnie jasno,

2) grupa, przy której występują inne objawy, napozór jakoby wykluczające ten schizofreniczny kompleks (zwykła indolencja, „depresja", „przeżycia hipochondryczne", reakcje neurasteniczne, natręctwa, jąkanie się, „nerwica wegetatywna", alkoholizm i t. d.). — Łagodne formy schizofrenji pokryte są zatem nerwicą.

Początkiem ruchu psychohigienicznego rosyjskiego jest wyjście psychjatrji poza ściany zakładów psychjatrycznych *(Rosenstein, Goldowskaja)*, zajęcie się psychjatrji szerokim zastępem chorych, znajdującym się w życiu i niewymagającym internowania (*Kannabich*). Jest to moment w psychjatrji klinicznej historyczny nie tylko ze względu na wystąpienie psychjatry zpoza murów zakładu, ale i ze względu na nawiązanie ścisłego związku z pozostałą medycyną oraz zbliżenie się do szerokich warstw ludzi nerwowych, przemęczonych, niezadowolonych i dziwnych.

Organizacja pomocy chorym nerwowym w Z. S. S. R. dokonywana w poradniach i specjalnych sanatorjach prowadzi wogóle do za-

interesowania się łagodnemi formami całego szeregu cierpień, jak sanatoryjnej schizofrenji (schizoidalnych nerwic *Buniejewa i Simsona*), łagodnych organików, łagodnych padaczkowców, łagodnej miażdżycy tętnic.

Rosenstein, traktując higjenę psychiczną jako, gałęź psychjatrji klinicznej, określa następujące ogniwa tego zamkniętego łańcucha: 1) psychjatrja kliniczna, 2) kierunek kliniczno-profilaktyczny, 3) higjena psychiczna, 4) psychologja lekarska.

Zastanawiając się nad zdaniem *Rosensteina*, że łagodne formy schizofrenji pokryte są zwykle nerwicą, należy na problemat nerwic w tym zakresie położyć szczególny nacisk. *Goldowskaja*, jak o tem będzie mowa niżej, w programie swym, dotyczącym tego tematu podkreśla 4 punkty, a pomiędzy niemi przegląd zagadnienia nerwic i zaburzenia neuropsychiczne przy różnych cierpieniach cielesnych. *Friedman* jako dowody procesu uważa obok izolowanych „mikrosymptomów" charakteru bezwzględnie zchizofrenicznego istotne (wrodzone) stany psychopatyczne i stany reaktywne (fobje i natręctwa). *Kamieniewa* podaje następujące kryterja: 1) długotrwałość i powolność procesu bez skłonności do ostrych objawów, 2) łagodność objawów, brak objawów wyraźnie psychotycznych, 3) zachowanie osobowości, specjalnie zachowanie przystosowania społecznego dla aktywnej i dostatecznie wytwórczej pracy społecznej.

Należy wyraźnie odróżniać łagodną formę schizofrenji *(Rosenstein)* od formy szczątkowo-psychotycznej i od długotrwałych okresów zapowiadających, kończących się typową schizofrenją.

Tezy te są przez autorów tej szkoły uzasadnione szerzej w następujący sposób.

Zastanawiając się nad ogólnemi zadaniami psychohigjeny, specjalnie zaś w zastosowaniu do zagadnienia schizofrenji łagodnej, *Goldowskaja* podaje, że myśl naukowa klinicysty - profilaktyka ma na celu:

1) wczesne rozpoznawanie stanów chorobowych w zakresie określonego procesu, mającego właściwy początek i rodzaj rozwoju; 2) stwierdzenie pewnych jasnych objawów, ale nie w takiem nasileniu i takich zespołach, któreby pozwalały na przypuszczanie konkretnej formy chorobowej w przyszłości. Objawy te nadają pewne określone zabarwienie konieczne dla wyjaśnienia właściwości osobnika lub też jego czasowych reakcyj na takie albo inne zewnętrzne lub też wewnętrzne źródła choroby, 3) poznawanie tych funkcyj lub wartości psychicznych, które zezwalają na wyprowadzenie wnio-

sków o tej albo innej zdolności do pracy, 4) wszystkie te względy wymagają zbadania całego organizmu i jego poszczególnych części.

W tym celu w psychjatrji jest pomocną wielowymiarowa strukturalna diagnostyka *(Gaupp* i *Kretschmer).* Strukturalno-analityczne studjum historyj chorób w porównaniu z rezultatami, zdobytemi przy pomocy najróżnorodniejszych metod, może wykryć i tendencje rokowania i strukturalno-opisowe formułowanie rozpoznania i drogi wpływające na ujawnianie się choroby *(Rosenstein).* Analiza strukturalna *Birnbauma* z jej patogenezą i patoplastyką zostaje rozszerzoną w kierunku konstelacji ogólnej t. j. wzajemnego stosunku objawów psychicznych do objawów cielesnych, do zewnętrznych czynników środowiska i historji rozwoju osobowości.

Dyspensaryzacja wskazuje, że przy przedłużonej obserwacji jednych i tych samych grup chorobowych daje się zauważyć ścisły związek zaburzeń nerwowych i psychicznych ze schorzeniami organów wewnętrznych. Analogicznie do prac *Bonhöffera* o zewnątrzpochodnych typach reakcyj w psychozach symptomatycznych jeszcze jaśniej występują objawy symptomatyczno-neurotyczne w korelacji z temi lub innemi schorzeniami wewnętrznemi.

Nowy kierunek psychjatryczny, powstający na podstawie badań stanów pogranicznych pod wpływem praktyki psychohigienicznej polega na:

1) wyodrębnieniu „mikrosymptomów" i „mikroform",

2) wyodrębnieniu nowej symptomatyki, powstającej przy obserwowaniu chorych w ich środowisku pracy,

3) czynnościowej ocenie stanu chorobowego,

4) zainteresowaniu się w kierunku zdrowych kompensacyjnych objawów u chorego,

5) systematycznem badaniu chorych z lekarzami innych specjalności z włączeniem wszelkich możliwych badań laboratoryjnych.

W ten sposób daje się ustalić następujący program reakcji lub procesu:

1) łagodne wewnątrzpochodne i organiczne procesy,

2) przegląd zagadnienia „nerwic",

3) zaburzenia neuropsychiczne przy różnych cierpieniach cielesnych,

4) psychohigjena i psychologja lekarska.

Kannabich określa pojęcie łagodnej formy schizofrenji brakiem oznak wyraźnej choroby umysłowej, a natomiast obecnością upadku energji i zmian charakteru.

Formy poronne bywały wydzielane i w innych psychozach (Cyklotymja — *Willmanns*, paranoia — *Friedmann*, *Gaupp*, wczesne przejawy sklerozy mózgu — *Krajc*, *Melichow*. W sprawie otępienia wczesnego próby takie mają już swoją historję.

Dla schizofrenji łagodnej daje dobre określenie paradoks: łagodna schizofrenja wypowiada się w ciężkim stanie natręctw.

Ważną jest trudna do sformułowania różnica pomiędzy objawami łagodnie psychotycznemi a objawami neurotycznemi, pod któremi przebiega proces (*Bleuler*).

Również zarówno dawniej jak i teraz podlega opisaniu cały szereg objawów cielesnych, swoistych temu cierpieniu: uporczywe i wieloletnie bóle głowy o nasileniu, nasuwającem myśl o guzie mózgu (*Sérieux*), bóle w potylicy (*Kahlbaum*), bóle nadczodołowe i w oczodołach (*Halberstadt*), rozpieranie głowy (*Gilarowskij*).

Friedman podkreśla, że pojęcie łagodnej formy schizofrenji nie polega jedynie na ilościowem zmniejszeniu się objawów psychozy. Łagodna forma wydziela się wskutek braku postępu w rozwoju (psychopatje, nerwice), dynamicznie zaś odznacza sie epizodycznością i odwracalnością objawów (psychogenje, reakcje). Powłoka obrazu symptomatycznego jest niezmienną dla schizofrenji, specyficzne są jedynie „mikrosymptomy", znajdujące sie pod powłoką tego obrazu. Forma ta powstaje nie wskutek rozbicia grupy schizofrenicznej, ale wskutek rozbicia grupy psychopatycznej przeważnie typu astenicznego („neurotycy"), w szczególności typu astenicznych reakcyj i astenicznej osobowości. Pewna ilość przypadków dotyczy tego rodzaju chorych, u których specyficzność schizotymiczna nawet przy najuważniejszem badaniu znajduje się ukrytą w głębi psychiki pod postacią nerwowości lub nieprawidłowości emocjonalnych (*Rosenstein*).

Zasadniczą przeszkodą dla rozpoznawania schizofrenji w tych przypadkach jest albo przeważająca nieschizofreniczna symptomatyka (natręctwa, objawy histeryczne), albo też rozwój osobowości, wykluczający zmiany schizofreniczne.

Nie było do ostatnich czasów kryterjów dla odgraniczenia łagodnej formy z jednej strony od psychopatyj, z drugiej zaś strony i w samej grupie schizofrenicznej od form innych niejasno wyrażonych i wolno się rozwijających. Nie było dotychczas odpowiedzi na pytanie, co właściwie należy rozumieć pod tą formą?

Ze względu na niespecyficzność symptomatyki dodatkowej należy formę tę porównać ze stadjami początkowemi porażeń organicznych, padaczki, katatonji, psychotycznego rozszczepienia psychiki. Z tego się okaże, że na pewnem stadjum rozwoju procesu mogą

się zjawiać objawy nawet zupełnie przeciwne oznakom specyficznym już rozwiniętej choroby.

Wiadomem jest, że porażenia organiczne bywają poprzedzane przez porażenia histeryczne (*Roth*), t. j. takie, które nie wykazują cech porażenia organicznego, że typowe napady padaczkowe bywają poprzedzane przez czucia kinestetyczne w odpowiednich częściach ciała. Również i osłupienie katatoniczne bywa poprzedzane czuciem stężenia w mięśniach bez przeszkody w ruchach. Przed rozszczepieniem psychotycznem może nastąpić zjawisko depersonalizacji w postaci niepoznawania samego siebie. W ten sposób w przypadku pierwszym stały objaw bywa poprzedzany przez objaw przejściowy, objaw ruchowy — przez objaw kinestetyczny albo czuciowy, wewnętrznie zaś rozdwojenie osobowości — przez zmianę zewnętrznego ujęcia samego siebie *(Friedmann)*.

Tę niespecyficzną symptomatykę można podzielić na: 1) lęki, fobje i natręctwa — „objawy neurotyczne", 2) lęki przed zdarzeniami nieprzyjemnemi, oczekiwanie nieszczęść dla siebie i rodziny, złe przeczucia, — „zbiór objawów depresyjno-asteniczny", 3) objawy odczuwania cielesnego na tle apatji (osłabienie fizyczne, zmęczenie, senność, szybko występujące zmęczenie).

Ale jeszcze przed objawami schizofrenji zdarzają się pewne dynamiczne stany, istotne albo reaktywno-psychorodne: 1) krótkie stany apatji, senności, krótkotrwałe napady smutku lub apatji wśród ogólnej wesołości, nieumotywowana chęć odejścia od ludzi podczas pobytu w towarzystwie. Ponadto — objawy schizofreniczne, zjawiające się na chwilę j. np. uczucie lekkości całego ciała lub zmiana postrzegania otoczenia. 2) w dzieciństwie — lęk, przerażenie, pożar, widok trupa mogą wyzywać nieodpowiadające reakcje: jąkanie się, lęki, krótkotrwałe osłupienie, zatamowanie wewnętrzne.

W szkole — przed egzaminami niezwykła lękliwość i tęskliwość, na egzaminach ustnych — utrata myśli, na piśmiennych — lęk niezdążenia dokończenia pracy z pollucją u chłopców i chęcią częstego oddawania moczu u dziewczynek. Lęki natrętne o chorych w rodzinie. Onanizm wywołuje lęki natrętne (syphilophobię, erytrophobię). U dziewczynek miesiączkowanie wywołuje nieodpowiednią reakcję wstrętu do własnej osoby i uczucie wstydu. W dalszym wieku wybór zajęcia czy wydziału na uniwersytecie wywołuje ciężki stan niezdecydowania i dwuwartościowości. Po ukończeniu—niezdecydowanie w wyborze zawodu, apatja, niechęć do życia. Wątpliwości co do potencji. Wybór objektu w stosunkach płciowych staje się problemem nie do rozstrzygnięcia.

Od psychopatów różnią się tego rodzaju chorzy tem, że u nich każdy krok w życiu może wywoływać patologiczne reakcje, wówczas kiedy u psychopatów reakcje te bywają wywoływane tylko przez ciężkie sytuacje życiowe. Ta skłonność do niezwykle łatwego występowania nieodpowiednich reakcyj na zwykłe zjawiska życiowe winna być uznana jako objaw schizofreniczny. Zjawia się tu też skłonność do przedłużonej fiksacji objawu, pomimo, że nie są to osoby skłonne do perseweracjj wskutek konstytucjonalnych właściwości ich psychiki (epileptoidzi). Uporczywość monosymptomatu jak i zmienność innych objawów w jednakowym stopniu wskazują na proces. Analogicznie do tego podaje i *Zinowjew* dość częste wybuchy psychotyczne u schizofrenów przed okresem dojrzewania płciowego, czasem nawet w okresie dzieciństwa — wybuchy często bardzo krótkie, niezawsze dające głębsze zmiany osobowości, a przeciwnie często nawet nieprzeszkadzające dalszemu rozwojowi psychicznemu. *Kamieniewa* twierdzi, że łagodna schizofrenja tworzy ze względu na swe objawy jakby pośrednie ogniwo pomiędzy objawami neurotycznemi (psychopatycznemi) a objawami psychotycznemi. Charakterystyczną jej cechą jest bardzo wolno rozwijająca się skłonność do defektu psychicznego oraz brak w przeciągu całego szeregu długich lat zmian w kierunku stanu schizofrenicznego.

Najważniejszem jest zachowanie się osobowości w sensie zachowania jej zasadniczej struktury i ciągłości, jej psychologicznego oraz społecznego rozwoju oraz cech ogólno ludzkich — zdolności do kontaktu, dostępności, prostoty i naturalności, braku elementów rozszczepienia schizofrenicznego, dziwactw i tego swoistego dla schizofrenji skojarzenia w dziedzinie ruchów i mowie, tak często nadających chorym charakterzstyczne piętno schizofreniczne.

Przebieg falisty należy uważać za typowy dla łagodnej schizofrenji: zmienność obrazu klinicznego i zjawianie się nieoczekiwanie nowych albo dawnych objawów w różnych etapach choroby a nawet i w rekonwalescencji. Cały ruch chorobliwego procesu ma charakter jakby perjodycznie następujących stanów kompensacji i dyskompensacji, zjawiających się często pod wpływem momentów zewnętrznych, ale też i bez nich.

Osobowość chorych jest całkowitą i zachowaną statycznie i dynamicznie. Dopiero przy bardzo szczegółowem badaniu jakby pod mikroskopem widać poszczególne drobne „mikrosymptomy" rozszczepienia, które jednak nie obejmują całej osobowości, pozostając na jej powierzchni, a zjawiają się w sposób izolowany w poszczególnych funkcjach, mają charakter krótkotrwałych izolowanych epizo-

dów, jakby kropek w całkowitej i zachowanej osobowości (np. krótkotrwałe stany depersonalizacji). Cała osobowość raczej zbliża się do tego lub innego typu psychopatji (psychastenicznej, schizoidalnej). Proces zaczyna się najczęściej w dzieciństwie. Przy późniejszym początku zasadnicze rysy osobowości pozostają zachowane na przeciąg całej choroby. Niektóre przedchorobowe cechy charakteru ulegają wypukleniu, j. np. zamknięcie sie w sobie. Zmiany osobowości czasem zależą od urojeń prześladowczych.

Osobowość chorych bywa całkowicie zachowaną zwłaszcza w znaczeniu społecznem. Nie grzęzną oni w bycie patologicznym, w „bycie bez substancji", pełnym przeżyć mistycznych i symbolicznych *(Storch)*. Wszyscy oni są w dalszym ciągu członkami kolektywów społecznych, podlegają wpływom otoczenia i w jego interesach zachowują swe własne zapatrywania i tendencje. Niektórzy bez względu na chorobę odznaczają się niezwykłą produktywnością w swej działalności fachowej i społecznej, cieszą się uznaniem i poważaniem. Rozwój osobowości tego rodzaju chorych postępuje niezależnie od istnienia w głębi „schizosymptomokompleksu" *(Rosenstein)*. W większości wypadków pozostaje nienaruszonem i jądro emocyjne — przywiązania rodzinne, ogólne zainteresowania, chociaż cała gama i bogactwo tych odcieni emocjonalnych została w pewnym stopniu uszkodzona. Te mało widoczne uszkodzenie życia emocjonalnego u tego rodzaju chorych bywają czasem jedynym jawnym defektem. Schizofreniczny defekt ze względu na zachowanie osobowości przemawia za nieznacznym stopniem procesu w jego znaczeniu organicznem. Delikatnością tego procesu świadczy o jego dobroci w odróżnieniu od innych powolnych i objawowo niewyraźnych ale zato wyraźnie postępujących form. Na miejsce zmian ujemnych osobowości zjawiają się zmiany kompensacyjne w żywym dynamicznym rozwoju osobowości.

Tak np. chory R. (cyt. przez *Kamieniewą*) w związku ze zmianą swych zdolności intelektualnych odwraca się od zajęć abstrakcyjnych (matematyki) do nauki języków i zmienia zainteresowania społeczno-zawodowe na osobiste i rodzinne. Inny chory S. używa zmienności i chytrości w stosunkach z ludźmi w sprzeczności z prostotą i zasadniczością swoich poglądów.

W jednym przypadku cechy schizofreniczne charakteru nadają choremu piętno „demoniczne", zupełnie dalekie od ogólnego ducha epoki, robiąc z niego anachronizm społeczny. Kiedyindziej uszkodzenie może wykazywać negatywny charakter przez brak cech charakteru, oczekiwanych w pewnej sytuacji społecznej lub też może

się wyrażać w zatrzymaniu się rozwoju psychicznego: osobowość chorego zatrzymuje przez całe życie cechy i reakcje infantylne; w innych wypadkach chorzy tkwią przez całe życie w infantylno reurotycznych kompleksach lub podlegają fiksacji na bardzo dalekich urazach w przeszłości bez żadnego aktualnego znaczenia, lub na kompleksach seksualnych. Takie reakcje kompleksowe bywają manifestacjami defektów pod postacią obniżenia żywej sfery emocjonalnej, braku współdźwięku z otaczającem życiem i zwężenia intelektualnych możliwości i zainteresowań.

Jawne defekty intelektualne są rzadkie. Defekty te dają się zauważyć jedynie przy subjektywnej obserwacji lub delikatnych badaniach eksperymentalnych: zwolnienie np. stopniowe procesów inlelektualnych — wolniejsze pojmowanie przy czytaniu, utrata możliwości formułowania swoich myśli ustnie i pisemnie (listy), trudności w przyswajaniu rzeczy nowych. Czasem te defekty idą w parze z całkowitem zachowaniem zdolności do pracy w zakresie swego zawodu, a występują jedynie w sposób izolowany: zanik zdolności połapania się w dowcipach, zanik stylu literackiego, mniejsza bystrość w rozumieniu rozmowy, zwłaszcza w orjentowaniu się w żartach, obniżenie poziomu domyślności, lub zachowania się w życiu codziennem i t. d.

Jedną z cech łagodnej schizofrenji jest jej subjektywność: o szczegółach dowiadujemy się jedynie ze skarg chorych. W praktyce życiowej mogą oni wykazywać dziwaczne cechy zachowania się: rozdrażnienie, zbyteczną zasadniczość, zamknięcie się w sobie. Poza temi ogólnemi cechami dopiero badanie wykazuje oddzielne objawy i mechanizmy psychiczne.

Specjalny wybór objawów dla łagodnej formy schizofrenji w odróżnieniu od innych jej form nie istnieje. Wszystkie objawy mogą się tu zjawiać, ale w formie jaknajlżejszej. Najbardziej stałe są przy tej postaci objawy emocjonalne, intelektualne, psychosensoryczne oraz bardzo lekkie objawy paranoidalne.

Schizoidalny charakter tych zmian wymaga czasem bardzo subtelnego badania.

Objawy cielesne — parestezje, wrażenie zamglenia lub ciężaru w głowie, związanie, migotania w oczach, czasem niejasność konturów przedmiotów, bóle i zawroty głowy i t. d. wyrażone są niezbyt silnie i nie są wielką przeszkodą w pracy. Czasami wskutek swego niewyraźnego określenia i zjawiania się reaktywnego są one traktowane jako objawy neurotyczne.

Wśród objawów psychicznych należy zwrócić uwagę na szcząt-

kowe objawy paranoidalne, jak niedowiarstwo, podejrzliwość, zjawianie się bez podstawy nieumotywowanych antypatyj, podejrzenie, że się coś dzieje poza plecami.

Osobowość zachowana na tego rodzaju objawy reaguje w zupełności prawidłowo: objektywizacja i krytyczny stosunek do objawu a nawet walka z nimi, należy do rzeczy zwykłych. Symptom bywa otoczony zrozumiałemi związkami psychicznemi i motywacjami, co mu wewnętrznie dodaje pozoru zrozumiałości.

Te mało zaznaczone objawy stoją na granicy psychologji i charakterologji w przeciwieństwie do psychopatologji. Można znajdować się w środku pomiędzy takiemi pojęciami, jak podejrzenia i urojenia, niezdecydowanie i ambiwalencja, samoanaliza i rozszczepienie i t. d. *Rosenstein* też stwierdza, że dotychczas nie mamy jeszcze nowych pojęć dla określenia całego konkretnego materjału, którego nam dostarczają łagodni schizofrenicy.

Na podstawie katamnez 32 chorych w przeciągu 10 lat *Goldenberg* ustala następujące wspólne dane dla tej grupy:

1) jednakowa struktura osobowości prepsychotycznej 2) jednakowy kliniczny zbiór objawów z punktu widzenia symptomatyki psychopatologicznej i somatycznej 3) charakterystyczny przebieg.

Bywają to schizotymi, ale nie schizoidalni psychopaci, posiadający od dzieciństwa zdolności intelektualne i bladość emocjonalną. Żywe, ale niemające radości życia dzieci. Interesują się, ale bez przejęcia się. Sprzeczają się, ale nie protestują. Z inicjatywą, ale bez aktywności. Dobrzy doradcy, ale nie przewodnicy ani przywódcy. Brakuje im prawdopodobnie odpowiedniego nasilenia emocji i woli, intensywności podniecenia.

Podgrupę tworzą pełne życia, aktywne, żywe dzieci z niezwykłem ożywieniem i ruchliwością afektu, pociągające współtowarzyszy ekspresją swych reakcyj. W wieku 11 — 12 lat grupa ta zaczyna tracić wyrazistość tych objawów: robią się oni cisi, mięcy, małoruchliwi. Astenizacja postępuje coraz dalej. W latach 15 — 16 — 18 emocjonalność wogóle zanika, pozostały ogólny rozwój posuwa się jednak naprzód dostatecznie.

Cieleśnie dają się stwierdzić trzy zbiory objawów:

1) sercowo naczyniowy, 2) żołądkowo-kiszkowy, 3) podgorączkowy.

Mam obecnie chorą — młodą dziewczynę, która po przebyciu przed laty krótkiej psychozy schizofrenicznej obecnie cierpi na zupełny, stały zanik poczucia głodu i napadowe bóle w nadbrzuszu przy ujemnym wyniku wszelkich specjalnych badań w kierunku schorzenia żołądkowo-kiszkowego. Pozatem wykazuje ona znaczną drażliwość psychopatyczną i podejrzaną prostolinijność poglądów. Żyje, pracuje i zaburzenia, na które cierpi, trzyma w tajemnicy.

Podgorączkowi — tak samo jak i poprzednie grupy — psychosomatyczni astenicy odznaczają się znacznie zwiększonem osłabieniem fizycznem i zmęczeniem — większą apatyzacją wogóle. Objawy przebiegają fazami i dają pewną stałość symptomatyczną: zawsze wraca to samo cierpienie.

4) Zespół endokrynno-wegetatywny (w tem i anomalje seksualne) łączy się z poprzednimi trzema postaciami. Wyraża się on zmiennością refleksów wegetatywnych, przejściową anizokorją i asymetrjami nerwów mózgowych. Senność podczas pracy i odpoczynku. Częste bóle głowy, ale mniej intensywne i nie komplikujące się charakterystycznemi dla schizofrenji odczuwaniami wewnątrz czaszki.

Do tego dochodzą ogólne objawy psychiczne: zaburzenia kojarzeń, chaotyczny przypływ kojarzeń na sposób kinematograficzny, niemożność zarządzania swem myśleniem, niemożność uwolnienia się od kojarzeń, jakby ugrzęzłych w świadomości, zaburzenia w celowości kierunku myślenia i t. d.

Neurastenik ma tendencje oszczędzania samego siebie, schizoidalni astenicy przeciwnie uciekają przedewszystkiem od spokoju, w którym widzą dla siebie pewne niebezpieczeństwo.

Psychonerwice te zjawiają się jak Janus o dwóch twarzach: tworzą one symbiozę zewnętrzną wyłącznie nerwicowej otoczki z bladem jądrem psychotycznego założenia w głębi psychiki.—W ten sposób obok „psychjatrji wielkiej" zjawia się „psychjatrja mała".

Powstaniu i możności obserwowania łagodnej schizofrenji były niewątpliwie pomocne obecne warunki życia w Z. S. S. R. Z jednej strony bardziej napięty osobisty stosunek do życia, neurotyzujący społeczeństwo, z drugiej strony zaś rozgałęziona sieć higjeny psychicznej — t. zw. „rozszerzanie pozaszpitalnej sieci psychjatrycznej", poradnie, ośrodki zdrowia, sanatorja dzienne i nocne, oddziały psychohygjeniczne, delegowane do zbadania odnośnych stosunków w tej lub innej fabryce, niewątpliwie doprowadzają do obserwacji delikatnych cech charakteru lub zaburzeń nerwowych, które przy mniej troskliwie i szczegółowo zorganizowanej pomocy psychohygjenicznej pozostały by na boku bez uwzględnienia, (tak jak u nas — pozostają pod opieką psychjatryczną chorzy już wyraźnie psychotyczni — np. alkoholicy, drżączka pijacka i t. d.).

Łagodna schizofrenja *Rosensteina* jest to najbardziej wysunięty punkt we wszystkich dotychczasowych koncepcjach niedorozwiniętej schizofrenji, punkt, przymykający bezpośrednio do nerwic i neuropatyj. To też daje on powód do nieporozumień naukowych, sporów i paradoksów.

W krajach, gdzie higjena psychiczna znajduje się w zastosowaniu praktycznem w zaczątku, doświadczenia w tym kierunku w Z.S.S.R. zarówno w kierunku rozbudowy samej organizacji tej higjeny jak i nowych danych, wzbogacających psychjatrję naukową; otwierają szerokie pole dla odnośnych obserwacji w innych warunkach społeczno-ekonomicznych.

Samo pojęcie łagodnej schizofrenji w sensie *Rosensteina* i jego szkoły, jako pojęcie pośrednie pomiędzy nerwicą nieskomplikowaną a schizofrenją prostą, lub ukrytą, nie może być jeszcze nawet w Z. S. S. R. wyraźnie uznanym faktem. Istnieje obawa przed rozpływaniom się ram schizofrenji. W objawach ,zwłaszcza w objawach neurotycznych, które przemawiają za schizofrenją może nie być nic schizofrenicznego, takie objawy mogą się zjawiać i poza schizofrenją. I zupełnie tak samo jak poprzednio *Mayer-Gross* zastanawiał się nad tem, czy każdy przypadek utajonej schizofrenji (w ujęciu poprzedniem) jest faktycznie przypadkiem, odpowiadającym koncepcji *Bleulera*, to i teraz podnoszą się w Z. S. S. R. głosy *(Gilarowskij)*, czy owa łagodna schizofrenja jest schizofrenją, czy też nie? Tendencja do rozszerzenia schizofrenji, zwłaszcza do rozszerzania łagodnych form jest ogólnie widoczną. Należy zatem ściśle oznaczyć strukturę, patogenezę i symptomatykę tej nowej formy aby się nie pomylić. Wskazaną jest wielka ostrożność aby nie rozdymać schizofrenji wogóle a jej łagodnych form w szczególności kosztem psychopatyj i neuropatyj. Tylko retrospektywnie — po latach — można wypowiadać się z całą pewnością za łagodną formę schizofrenji oraz stwierdzać objawy które wskazywały właśnie na nią. Jeżeli w przeszłości kładziono zbytni nacisk na exogenne czynniki rozwoju, to teraz stawia się ten akcent na endogenję.

Należy jednak stwierdzić, że cała koncepcja *Rosensteina* wiąże się objawowo z poprzednią ogólną znajomością schizofrenji. Jeżeli się cofnąć do początku obecnych rozważań, do objawów początkujących schizofrenji, podanych przez *Schneidera*, to znajdą się tam, jako wstępne objawy schizofrenji, prawie wszystkie objawy, tak plastycznie wyodrębnione przez szkołę *Rosensteina*. Pomijam już pojęcie o zastępczej roli nerwicy w rozwoju schizofrenji *(Bleuler)* lub o zespole neurasteniczno-hipochondrycznym *(Mayer-Gross)*. Tego rodzaju poszczególne wzmianki bez uwypuklenia znajdują się i u innych autorów. *Schneider* podaje nietylko cechy charakterologiczne oraz poszczególne objawy schizofreniczne ale i wśród objawów cielesnych podkreśla on np. bóle głowy i zespół żołądkowo-kiszkowy. Między opisem *Schneidera* a koncepcją *Rosensteina* i jego szkoły, poza uporządkowaniem i zsyntetyzowaniem sprawy są jeszcze trzy

zasadnicze różnice. Wówczas kiedy *Schneider* podaje te objawy wśród innych, *jako bezpośrednio poprzedzające wybuch choroby*, *Rosenstein* łączy je z biegunem przeciwnym, krańcowo odległym od wybuchu psychozy, o ile ten następuje. W ten sposób mogą to być grupy objawów identyczne, ale biegunowo przeciwne na linji psychicznego rozwoju jednostki. W zespołach opisanych przez *Rosensteina* i jego szkołę objawy schizofreniczne są najczęściej szczątkowe, nie ulegają rozwojowi i jeżeli nie przycichają wogóle to pozostają najczęściej bez zmian. Najważniejszą zaś cechą tej łagodnej schizofrenji jast brak rozpadu osobowości oraz bardzo wolno się rozwijająca skłonność do defektu psychicznego, całkowite prawie zachowanie się osobowości chorych w znaczeniu społecznem.

Wszystko to są cechy, które, może być, przez innych autorów były pojedyńczo obserwowane. Uwypuklenie i wyodrębnienie ich jest zasługą *Rosensteina*.

W każdym razie koncepcja łagodnej schizofrenji, opracowana przez *Rosensteina* i jego szkołę z Instytutu profilaktyki neuropsychjatrycznej w Moskwie otwiera nam nowe poglądy. Poglądy o możliwości wyizolowaniu łagodnych i niepsychotycznych form schizofrenji. Poglądy te już wyszły poza granice Z. S. S. R. i wymagają obecnie sprawdzenia i opracowania w innych warunkach społecznych.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Bleuler E.*: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Ashaffenburgs Handb. der Psych. Sp. T. 4 Abt. I H. Leipzig u. Wien. Deuticke 1911. 2. *Bleuler E.*: Syntonie-Schizoidie-Schizophrenie. Journ. d. Psychol. u. Neur. 38, 1929. 3. *Rosensteim L. M.*: Das Problem der mildem Schizophrenieformen. Schizophrenia mitis. Schizothymia. Z. f. d. g. Neur. u. Psych. 144, 1933. 4. *Schneider C.*: Die Psychologie der Schizophrenien. Leipzig Thieme. 1930. 5. *Mayer-Gross W.*: Die Schizophrenie. Bumkes Handb. d. Geist. Sp. T. V. T. Berlin. Springer. 1932. 6. *Kronfeld A.*: Einige Bemerkungen uber Schizophrenia mitis vornehmlich in psychoterapeutischer Hinsicht. Der Nervenarzt. 1928. 7. *Kretschmer E.*: Körperbau und Charakter. Berlin. Springer. 1926. 8. *Goldowskaja T. I.*: L. M. Rosenstein i kliniko-profiłaktiko-psichohigieniczeskoje naprawlenje w psichiatrii. Sow. Newrop. psichiatr. i psichohigiena. 1934. T. III., wyp. 5. Medgiz. Moskwa. 9. *Kannabich J. B.*: K istorii woprosa o miahkich formach szizofrenji. Tamże. 10. *Kamieniewa E. N.*: Ob otgraniczenji i simptomatołogiczeskich osobiennostiach miahkoj formy szizofrenji. Tamże. 11. *Goldenberg S. I.*: K problemie mikroprocessualnych form. Miahkaja somato-psichiczeskaja forma szizofrenji z newrastenopodobnym sindromom. Tamże. 12. *Czernucha A. A.*: Opyt eksperimentalnogo izsledowanja intellektualnych razstrojstw pri miahkoj szizofrenji. Tamże. 13. *Szrejder I. D.*: K metodikie psichohigieniczeskoj raboty z doprizywnikami w usłowiach proizwodstwa. Tamże. 14. *Chronika*: W Moskowskom obszczestwie newropatołogow i psichiatrow. Tamże. 1934. T. III. wyp. 6.

KRONIKA PSYCHJATRYCZNA ZA R. 1934.

Dane statystyczne, zebrane ze sprawozdań zakładów psychjatrycznych, które szczegółowiej opracował i częściowo podał już do druku kol. Gallus, wykazują, że w 1933 roku mieliśmy 52 instytucje psychjatryczne, składające swoje sprawozdania. Pojemność etatowa tych instytucji określa się ku końcowi 1933 roku liczbą 14764 miejsc i wykazuje w stosunku do poprzedzającego 1932 roku przyrost 1199 miejsc etatowych.

Ten pokaźny przyrost miejsc etatowych dla psychicznie chorych w Polsce, ujawniony w ciągu jednego roku sprawozdawczego, zawdzięczamy uruchomieniu zakładów w Gostyninie i Świacku, rozbudowie wewnętrznej niektórych zakładów, nadewszystko jednak znacznemu rozwojowi zorganizowanej pod kierunkiem lekarskim opiece rodzinnej.

Pomimo przyrostu miejsc dla chorych stosunek procenrowy tych miejsc do liczby ludności wciąż jest jeszcze bardzo niedostateczny, i wykazuje zaledwie znikomą poprawę. Biorąc pod uwagę przyrost zaludnienia Polski, łatwo możemy stwierdzić, że mieliśmy na 1934 rok zaledwie 4,46 miejsc na 10000 ludności, albo 1 miejsce na 2237 mjeszkańców — liczbę bezwzględnie niedostateczną dla naszych najskromniejszych potrzeb.

Ujawnia to wyraźnie stan przepełnienia naszych zakładów, uwidoczniony w poniższych cyfrach ruchu chorych w 1933 roku:

Na początku roku pozostawało pod opieką lekarską	15356	chorych
W ciągu roku przybyło nowych chorych	12021	„
Razem leczono w ciągu roku	27377	„
Ubyło w ciągu roku	10996	„
Pozostawało w leczeniu na dzień 1.I 1934	16381	„

Stan przepełnienia wyraził się w dniu 1 stycznia 1934 roku liczbą 1617 chorych i odsetkiem 10,95%.

Ogólna liczba dni zakładowych psychicznie chorych internowanych w zakładach i opiece pozazakładowej w roku 1933 wzrosła do liczby 5797987.

Opieką nad psychicznie chorymi zajmowało się w roku 1933 232 lekarzy, 159 urzędników administracyjnych 2503 osoby personelu pielęgniarskiego 1112 osób służby administracyjnej i technicznej — ogółem 4006 osób, pobierających uposażenie.

* * *

W lipcu 1934 została formalnie zalegalizowana nowa kolonja opiek rodzinnych we wsi Małejkowszczyźnie koło Lidy w woj. Nowogródzkiem. Organizacja nowej kolonji opiera się na tych samych zasadach, na których opierają swój byt kolonje opiek rodzinnych województwa Wileńskiego. Prezesem zarządu kolonji został wójt gminy Lidzkiej p. Józef Gierasimowicz. Do nadzoru lekarskiego nad ko-

lonją została zaangażowana kol. Z. Bojarczykówna, asystentka kliniki psychjatrycznej w Wilnie. W tej samej Małejkowszczyźnie uprawiano poprzednio „opiekę rodzinną" w sposób konspiracyjny.

* * *

Dnia 28 września 1934 r. odbył się akt otwarcia pawilonu dla psychicznie chorych w Kojranach koło Wilejki. Pawilon w Kojranach stanowi adneks Państwowego Szpitala dla Psychicznie chorych w Wilnie. Majątek Kojrany, obejmujący około 450 ha. ziemi, został oddany w zarząd szpitalowi w Wilnie.

Majątek Kojrany był w swoim czasie upatrzony jako miejsce dla pobudowania wojewódzkiego szpitala psychjatrycznego, kiedy sprawa restytucji przedwojennego szpitala w Wilejce, oddanego wojsku, stała się beznadziejną.

Państwowy szpital w Wilnie wykorzystuje narazie jeden z ocalałych budynków gospodarczych zrujnowanego podczas wojny majątku ziemskiego. Budynek ten został adaptowany dla pomieszczenia około 80 spokojnych chorych.

Pawilon w Kojranach ma urządzony miejscowy wodociąg i kanalizację. Koszta adaptacji budynku folwarcznego (obory) dla potrzeb szpitalnych wyniosły około 70000 zł. Organizacyjnie pawilon w Kojranach pozostawać będzie pod zarządem szpitala w Wilnie, nadzór lekarski na miejscu sprawuje jeden z asystentów szpitala.

Z chwilą uruchomienia pawilonu w Kojranach Wileńszczyzna, posiadająca dotychczas Państwowy Szpital Psychjatryczny w Wilnie o pojemności 150 łóżek, oddział szpitala żydowskiego, liczący około 50 miejsc, pozyskuje 80 nowych miejsc zakładowych. Ponieważ w organizacji opiek rodzinnych wojew. Wileńskiego pozostaje pozatem około 400 chorych, problem opieki nad psychicznie chorymi na Wileńszczyźnie przestaje być tak ostrym, jakim był jeszcze kilka lat temu.

* * *

Pod koniec roku w Zakładzie w Warcie został uruchomiony nowy budynek administracyjny, w którym znalazły pomieszczenie nie tylko wszystkie biura zakładu, ale także bibljoteka, apteka, laboratorja lekarskie oraz mieszkania dyrektora, lekarzy i urzędników. Nowy budynek, zbudowany według planów arch. Plucińskiego z Warszawy, staje się punktem wyjścia dla nowego układu planu sytuacyjnego szpitala i racjonalniejszego rozmieszczenia chorych według płci.

Dzięki nowemu bydynkowi szpital pozyskał wiele jako całość i po dokonaniu przeróbek w gmachach b. klasztoru żeńskiego, w których mieściły się dotychczas biura i mieszkania personelu, pozyska zapewne około 100 nowych miejsc dla chorych. Nowy budynek szpitala w Warcie posiada ogrzewanie centralne i wszystkie nowoczesne udogodnienia mieszkaniowe i biurowe.

* * *

Pod koniec roku sprawozdawczego był już prawie, że ukończony nowy powilon dla chorych w szpitalu w Kochanówce, zainicjowany i doprowadzony do końcowych stadjów budowy przez kol. Falkowskiego. Uroczyste otwarcie nowego pawilonu w Kochanówce zostało dokonane już w roku 1935, a mianowicie w dniu 17. II. Nowy pawilon w Kochanówce powiększa pojemność tego Zakładu o kilkadziesiąt nowych miejsc, jakkolwiek głównem jego przeznaczeniem jest odciążenie przepełnionych starych pawilonów.

* * *

Pomimo zdobyczy psychjatrycznych, jakiemi może się poszczycić województwo Łódzkie, oba jego zakłady t. j. Kochanówka i Warta łącznie z rozwijającą się przy tym ostatnim zakładzie opieką rodzinną, obejmującą już około 100 chorych nie wystarczają na potrzeby województwa, a zwłaszcza na potrzeby samej wielkiej Łodzi.

Sprawa opieki nad psychicznie chorymi m. Łodzi zostałaześrodkowana w tak zw. Stacji opieki nad umysłowo chorymi, pozostającej pod kierunkiem kol. B. Frenkla. Stacja mieści się przy miejskim szpitalu zapasowym, w którym posiada oddział obserwacyjny na 20 łóżek. Z oddziału tego chorzy są rozsyłaniu do szpitali psychjatrycznych w Kochanówce, Warcie i Kocborowie. Ewidencja stacji wykazała, że we wrześniu 1934 r. miasto Łódź utrzymywało swoim kosztem 884 chorych, ulokowanych w zakładach, 44 chorych pozostających u swoich własnych rodzin oraz 152 chorych, umieszczonych w dwóch t. zw. schroniskach, utrzymywanych przez osoby prywatne i pobierających za to wynagrodzenie po 50 zł. miesięcznie od chorego. Ogółem zatem w Łodzi, która pierwsza z większych miast zaprowadziła u siebie dokładniejszą ewidencję psychicznie chorych, było we wrześniu r. u. 1080 ubogich chorych, wymagających pomocy ze strony miasta. Przy zaludnieniu Łodzi, wynoszącem w tym czasie 591000 mieszkańców, odsetek samych tylko ubogich psychicznie chorych, wymagających pomocy zakładowej wyniósł 1,83‰ (bezmała 2 chorych na 1000 mieszkańców).

* * *

Jednym z najwięcej znamiennych przejawów w dziedzinie opieki nad psychicznie chorymi w Polsce w ostatnich latach stał się galopujący rozwój opieki pozazakładowej, traktowanej jako przedsiębiorstwo, czy to pod egidą istniejących zakładów publicznych, czy też jako organizacja samodzielna.

Z oficjalnych danych, jakie posiada Ministerstwo Opieki Społecznej, wynika, że w opiece rodzinnej pozazakładowej (mowa tu tylko o rodzinach obcych, przyjmujących chorych za opłatą) pozostawało w roku 1930 — 102 chorych; w roku 1931 liczba ta wzrosła do 178; w następnym roku 1932 — do 195, a w 1933 roku aż do 532. Ku końcowi 1934 roku liczba chorych, korzystających z t. zw. opieki pozazakładowej wynosi już około a może nawet przeszło 1000.

W związku z tym bujnym rozkwitem przedsięwzięć opieki nad psychicznie chorymi, które nie mieszczą się w ramach pojęcia „zakładu leczniczego" sensu stricto, Ministerstwo Opieki Społecznej było zmuszone wydać pewne wyjaśnienia co do charakteru prawnego opieki w rodzinach obcych i pewne zalecenia administracyjne w pismach okólnych do Urzędów Wojewódzkich, do których należy nadzór nad zakładami leczniczemi.

Pierwsze podstawowe pismo Ministerstwa w tej sprawie, wydane jako okólnik do Wojewodów i noszące datę 25 stycznia 1934 roku, wyjaśnia, że Ministerstwo skłonne jest nie tylko tolerować, ale nawet popierać instytucje opiek rodzinnych i uwolnić je spod ciężaru rygorów, obowiązujących „zakłady lecznicze" pod warunkiem, że punkty opiek rodzinnych nie przerodzą się w przedsiębiorstwa, obliczone na zysk i na większą liczbę chorych, zarazem jednak podporządkują się fachowej kontroli lekarzy psychjatrów. Zalecenie Ministerstwa ogranicza liczbę chorych, którą wolno przyjąć jednej rodzinie zasadniczo do dwóch osób jednakiej płci, a w drodze wyjątku w okresie przejściowym do liczby dorosłych członków rodziny żywiciela.

Pozostałe części okólnika Ministerstwa z dn. 25. I. 1934 w sprawie opieki pozazakładowej zawierają wskazówki co do prowadzenia ewidencji chorych i żywi-

cieli, określają wymagania higieniczne w stosunku do mieszkań opiekunów oraz wyrażają zalecenia zorganizowania punktów opieki w postaci stowarzyszeń, które mogłyby ułatwić pozyskanie dla opiek rodzinnych fachowej opieki psychjatrycznej. Wzorem takiej organizacji mogłoby być Stowarzyszenie Opiek rodzinnych województwa Wileńskiego, opisane szczegółowo przez kol. Jankowską w ostatnim zeszycie „Nowin Psychjatrycznych".

Ponieważ do wiadomości Ministerstwa doszło, że w szeregu miejscowości powstały nowe punkty opieki pozazakładowej, nie podporządkowujące się zaleceniom powyższym, w szczególności, że powstają punkty opieki, które pozyskują dla siebie na własną rękę fikcyjne firmy nadzoru lekarskiego, został wydany dn. 17 sierpnia nowy okólnik do wojewodów, wyjaśniający, że nadzór nad opieką rodzinną winni sprawować lekarze, uniezależnieni materjalnie bezpośrednio od osób, utrzymujących chorych, a punkty opieki, które na własną rękę angażują lekarzy, winny być traktowane jako „lecznice" prywatne, ze wszystkiemi konsekwencjami, jakie nakłada na „lecznice" ustawa.

Pomimo tych normatywnych zarządzeń Ministerstwa sprawa opiek rodzinnych rozwija się w wielu miejscach całkiem opacznie. W ostatnich tygodniach zarządy miast i gmin wiejskich zostały zasypane ulotkami reklamowemi pewnej formalnie zalegalizowanej kolonji opiek rodzinnych. W ulotkach tych bezimienny „Zarząd" obwieszcza, że może przyjąć do 300 psychicznie chorych, którym zapewnia „stałą" opiekę lekarską „okresowo dojeżdżającego lekarza psychjatry", st. asystenta jednego z profesorów, którego wymienia z nazwiska, przekręcając jego brzmienie. Bardzo niegramatycznie zredagowana ulotka ofiarowuje za wszystkie dobrodziejstwa, z jakich chorzy mogą korzystać w kolonji bardzo dogodne warunki, bo tylko 50 zł. miesięcznie od osoby.

Prawie, że równocześnie z tą ulotką wpłynęło do Ministerstwa podanie 39 mieszkańców wioski, w której znajduje się reklamująca się kolonja. Petenci proszą „o zlikwidowanie kolonji i wydobycie nieszczęśliwych chorych z piekielnych rąk" i motywują swoją prośbę tem, że lekarz dojeżdża do kolonji zaledwie raz na miesiąc, „chorych nie wizytuje i pozostawia na łasce nieuczciwych opiekunów", że chorzy wałęsają się po okolicy bez dozoru i niepokoją dzieci mieszkańców wsi i pobliskiego miasteczka.

Niektórzy pomysłowi przedsiębiorcy „opiek rodzinnych" uchylają się od nadzoru władz lekarskich w ten sposób, że chorych ukrywają po lasach i stodołach; inni zakładają kolonje na własną rękę i reklamują je po gminach pomimo, że Urząd Wojewódzki odmówił im legalizacji. Sprawy nadużyć w niezalegalizowanych kolonjach zaczęły już napływać do władz sądowych.

Przedsiębiorstwa opiek rodzinnych nad psychicznie chorymi sprawią pewnie jeszcze bardzo wiele kłopotów i niespodzianek, zanim dorosną u nas do tego poziomu, na jakim stoi ta sprawa w krajach, mających starszą od naszej kulturę psychjatryczną i starsze od naszych tradycje na tym odcinku pracy społecznej i psychjatrycznej. Nawet w kraju o tak wysokim poziomie kultury psychjatrycznej, jakim jest Holandja, potrzeba było szeregu lat na to, aby ugruntować byt kolonji opiek rodzinnych, naśladowanej na wzorze bardzo blisko położonej kolonji w Gheel.

Tem nie mniej byłoby bardzo niedobrze, gdyby w samem zaraniu istnienia opieki rodzinnej w Polsce nie były w niej tępione te tendencje do robienia pod płaszczem „opieki rodzinnej" dobrze rentujących przedsiębiorstw masowych, które łatwo bardzo mogą przerodzić pożyteczną instytucję opiek rodzinnych w najwstrętniejszą formę sui generis handlu żywym towarem.

* * *

Z zestawienia sprawozdań z czynności naszych zakładów psychjatrycznych, opracowanego przez kol. Gallusa stwierdzić można pewne dość wyraźne przesunięcia w obrazie nozologicznym materjału chorych, leczonych w ciągu trzechlecia od 1930 do 1933.

Okazuje się, że liczba przypadków porażenia postępującego wzrosła w tym czasie z 1764 do 2143. W ogólnej liczbie leczonych odsetek chorych, dotkniętych porażeniem postępującem wzrósł z 6,86% do 7,92%. Wzrost liczby przypadków porażenia postępującego, leczonych w zakładach psychjatrycznych w ostatnich latach zawdzięczamy niewątpliwie intensywniejszemu szerzeniu się kiły w latach wojny i bezpośrednio po wojnie.

Drugi zwracający na siebie uwagę fakt statystyczny dotyczy wzrostu liczby narkomanów. W 1931 roku leczyło się w zakładach, składających sprawozdania, 162 narkomanów; w roku 1933 liczba ta wzrosła do 295 czyli, że wzrosła bez mała dwukrotnie. Sądzę, że wyjaśnienia tego faktu szukać należy przedewszystkiem w zmianie stosunku władz państwowych do zagadnienia narkomanji, uwarunkowanej wejściem w życie nowego kodeksu karnego z r. 1932 i surowszem stosowaniem przepisów prawnych, dotyczących używania środków odurzających. Wyrazem szczególnego zainteresowania władz sądowych sprawą nadużywania narkotyków jest fakt powierzenia wszystkich spraw z tego zakresu specjalnemu viceprokuratorowi przy Sądzie Okręgowym w Warszawie. W ręku pana prokuratora Fürstenberga, który się temi sprawami zajmuje, zbiegają się nici wszystkich spraw, związanych z narkomanją, handlem narkotykami i nadmiernem szafowaniem narkotyków w praktyce lekarskiej. Byłoby rzeczą bardzo pożądaną, aby także sprawy, związane z nadużywaniem alkoholu miały swego specjalnego prokuratora.

* *
*

Ubiegły rok kalendarzowy ujawnił pierwsze trudności praktycznego zastosowania środków zabezpieczających, przewidzianych w nowym Kodeksie Karnym. Trudności wynikają stąd, że liczba osób, które podlegają przymusowemu umieszczeniu w zakładach leczniczych po myśli art. 79 i 80 K. K. jest bardzo wielka i zakłady nasze nie mogą sprostać zapotrzebowaniom władz sądowych pod tym względem. Przy okazji zwrócenia się w tej sprawie Ministerstwa Sprawiedliwości do Ministerstwa Opieki Społecznej wyłoniły się dodatkowe trudności natury zasadniczej. Chodzi o to, że Kodeks Karny traktuje osoby, mające zmniejszoną możność kierowania swem postępowaniem lub znacznie ograniczone w zdolności rozumienia znaczenia czynów, jako „przestępców" w przeciwstawieniu do tych osób, które korzystają z całkowitego przywileju niekaralności po myśli art. 79 i 17 K. K. i są tylko „sprawcami czynu". Ministerstwo Opieki Społecznej znalazło trudności zasadnicze dla wydania nakazu przyjmowania „przestępców" mniej poczytalnych do zakładów, stojących pod nadzorem Ministerstwa z tego względu, że osoby te nie są zwolnione od kary i niema podstaw prawnych po temu, aby koszty leczenia tych „przestępców" miały obciążać związki samorządowe miejsca ich zamieszkania.

Ze względu na rozciągłość redakcji art. 18 K. K. liczba „przestępców" uznawanych przez sądy za mniej poczytalnych mogłaby istotnie rozsadzić nasze publiczne szpitale psychjatryczne i poderwać materjalne podstawy ich bytu, jeśli drogą porozumienia zainteresowanych ministerstw nie uda się ustalić nowych zasad pokrywania kosztów leczenia osób psychicznie nienormalnych, internowanych w szpitalach ze względu na ich niebezpieczeństwo dla porządku prawnego. Pomiędzy „przestępcami" mniej poczytalnymi mamy znaczny odsetek osób, dla których zwykły

zakład psychjatryczny nie przedstawia dostatecznego środka zabezpieczającego. Ponieważ sprawa zastosowanie środków zabezpieczających u „przestępców" mniej poczytalnych, ale nie zwolnionych od odpowiedzialności całkowicie leży w orbicie zagadnień polityki kryminalnej w znacznie większej mierze niż w orbicie zagadnień opieki społecznej, zajmują się nią we wszystkich tych krajach, których kodeksy karne operują pojęciem poczytalności zmniejszonej nie władze służby zdrowia czy opieki społecznej, ale wyłącznie władze, które kierują polityką kryminalną.

Należy sądzić, że po wymianie zdań między zainteresowanemi ministerstwami dojdzie ta sprawa i u nas do jakiegoś rozwiązania praktycznego, którego narazie jeszcze niema.

Najistotniejszym momentem spornym w tej sprawie jest oczywiście kwestja kosztów internowania, która na innym odcinku tej samej sprawy zarysowała się w znamienny sposób w przypadku jednego z dyrektorów szpitali komunalnych, który po bezowocnych wysiłkach zniewolenia zainteresowanych związków samorządowych do zapłacenia zaległych kosztów leczenia uznał za konieczne odesłać pod opiekę starosty kilku chorych, internowanych w zakładzie z mocy decyzji sądowych po uprzedzeniu o tem władz prokuratorskich i wojewódzkich.

Starosta, który przyjął chorych, zwrócił się w następstwie do prokuratora ze skargą na dyrekrora zakładu, któremu w rezultacie wytoczono sprawę karną z art. 286. Pierwsza instancja sądowa uznała dyrektora winnym przekroczenia władzy i skazała go na 6 mies. więzienia (z zawieszeniem).

Kryzys ekonomiczny zaostrzył niewątpliwie sprawę kosztów leczenia w szpitalach, istotnym jednak źródłem niedomagań w tej dziedzinie zagadnień życia naszych szpitali jest brak jednolitej dla całego Państwa i uwzględniającej współczesny układ stosunków administracyjnych zasady prawnej.

Stosy rozporządzeń administracyjnych, opartych na przestarzałych ustawach dzielnicowych nie tylko nie ułatwiają sprawy, ale ją raczej jeszcze więcej wikłają.

* *
*

O ustawie psychjatrycznej po dawnemu cicho. Leży ona gdzieś w zapomnieniu. W wykonaniu uchwały XIV Zjazdu Psychjatrów zajął się projektem ustawy Krakowski oddział Towarzystwa Psychjatrycznego, który nadesłał do Zarządu Głównego szereg bardzo szczegółowo opracowanych i cennych uwag krytycznych.

* *
*

Na szarym horyzoncia strat, jakie poniosła prychjatrja na terenie studjów uniwersyteckich wskutek skasowania katedr psychjatrji na wydziałach lekarskich musimy radośnie powitać sukces, osiągnięty na wydziale humanistycznym Uniwersytetu Warszawskiego, na którym wykłady psychopatologji dziecka prowadzone przez Doc. Dr. Sterlinga zostały uznane za obowiązkowe dla słuchaczów sekcji pedagogicznej.

* *
*

Dn. 4 lutego 1935 ukonstytuowała się na podstawie zatwierdzonego statutu Polska Liga Higieny Psychicznej i został wybrany zarząd tej instytucji, złożony z 9-u osób. Należy oczekiwać, że wkrótce Zarząd Ligi przystąpi do czynności i ożywi zagadnienia higieny psychicznej inicjatywą konkretnych poczynań. Prezesem Zarządu Ligi został Kol. Sterling, sekretarzem Kol. K. Dąbrowski.

W. Łuniewski.

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.

WALTER SPIELMEYER.

W. Spielmeyer zmarł w wieku lat 55 dnia 6. II. 1935 roku. Był on w ostatnich latach bezsprzecznie najwybitniejszym anatomo-patologiem psychjatrji. Jako dyrektor Instytutu Badawczego psychjatrji w Monachjum i kierownik działu anatomo-patologicznego prowadził on szereg prac i wykształcił wielu neurologów i psychjatrów w swojej dziedzinie; uczył ostrożności w wnioskowaniu, uważając, że tylko systematyczna i dokładna analiza obrazów patologicznych może pozwolić na postawienie rozpoznania. Jego podręczniki — histopatologja układu nerwowego oraz wstęp w podręczniku *Bumkego* p. t. „Die anatomische Krankheitsforschung in der Psychiatrie" — stanowią podstawę przy badaniach anatomicznych psychoz, a szereg monografji, jak o zaburzeniach obiegu krwi w psychozach, o znaczeniu czynnika miejscowego przy powstawaniu ognisk w porażeniu postępującem, o infekcji w układzie nerwowym i szereg innych, zawierają wiele cennych zasadniczych myśli i teoryj, bez poznania których anatomiczne badania chorego mózgu są niemożliwe. Jako współredaktor Zeitschrift f. die des. Neurologie u. Psychiatrie pamiętał zawsze o tem, żeby prace psychjatryczne byty traktowane na pierwszym planie.

Zmarły uczony interesował się zawsze pracami polskich anatomo-patologów psychjatrycznych, a jako współredaktor Zentralblatt f. d. ges. Neurologie dbał o to, żeby polskie prace były w tem piśmie należycie referowane.

H.

KOMUNIKAT KOMITETU ORGANIZACYJNEGO XV ZJAZDU PSYCHJATRÓW POLSKICH.

W porozumieniu z Zarządem Głównym Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego i Zarządem Związku Międzykomunalnego Budowy i Utrzymania Zakładów Psychjatrycznych w Woj. Warszawskiem zawiadamiamy, że XV Zjazd Psychjatrów Polskich odbędzie się dnia 8, 9 i 10 czerwca 1935 roku w Płocku i Gostyninie.

Komitet Organizacyjny przewiduje następujący rozkład dni zjazdowych:

7.VI 1935 r., w piątek — dzień przedzjazdowy — zwiedzanie m. Płocka.

8.VI.1935 r., w sobotę—I dzień Zjazdu w Płocku. Otwarcie Zjazdu o godz. 9 rano, posiedzenia przed — i popołudniowe, referaty programowe (Zaburzenia psychiczne w cierpieniach organicznych układu nerwowego ośrodkowego z wyłączeniem porażenia postępującego i otępienia starczego).

9.VI.1935 r., w niedzielę—II dzień Zjazdu w Gostyninie. Posiedzenie przedpołudniowe—referaty programowe (Poczytalność zmniejszona w ujęciu naszego Kodeksu Karnego i w jej praktycznem zastosowaniu). Popołudniu—XVI Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

10.VI.1935 r., w poniedziałek—III dzień Zjazdu w Gostyninie—referaty różne.

Dotychczas zgłoszone zostały następujące referaty (podane w alfabetycznej kolejności autorów):

1) Doc. E. Artwiński i Doc. M. Zieliński (Kraków): O zmianach psychicznych u chorych z nowotworami mózgu.

2) L. Baranowski (Wilno), J. Borysowicz (Wilno), M. Marzyński (Wilno), A. Osendowski (Wilno), J. Paradowski (Wilno), St. Witek (Wilno): Metodyka leczenia schizofrenji insuliną.

3) Wł. Bernasiewicz i A. Rolecki (Choroszcz): Guzy mózgu a zaburzenia psychiczne na podstawie materjału szpitala w Choroszczy.
4) J. Borysowicz i St. Witek (Wilno): Obraz kliniczny pląsawicy Huntingtona przy braku zmian w jądrach podstawowych kresomózgowia.
5) Wł. Chłopicki (Kraków): Cierpienie organiczne mózgu, poprzedzone psychonerwicami i psychozami.
6) Doc. G. Bychowski (Warszawa): Zasady analizy psychjatrycznej spraw ogniskowych.
7) Doc. G. Bychowski (Warszawa): O zespołach czołowych i ciemieniowo potylicowych.
8) Doc. G. Bychowski (Warszawa): O pewnych kryterjach psychologicznych i społecznych poczytalności zmniejszonej.
9) J. Dretler (Kobierzyn): Analiza nierozpoznanych ogniskowych schorzeń mózgu, przebiegających pod postacią nietypowych psychoz.
10) J. Dretler (Kobierzyn): Wpływ ogniskowych schorzeń mózgowia na obraz schizofrenji.
11) Wł. Godłowski (Kraków): Zaburzenia psychiczne w zapaleniach mózgu z wyłączeniem śpiączki nagminnej.
12) Wł. Godłowski (Kraków): Zaburzenia psychiczne w wągrach mózgu.
13) J. Handelsman i Z. Messing (Tworki): Korelacja anatomiczno - kliniczna zaburzeń psychicznych w pewnych cierpieniach organicznych mózgu.
14) J. Horodeński (Kraków): Zaburzenia psychiczne w sprawach mózgowych na tle alkoholizmu.
15) J. Kirszner (Kraków): Genealogja w rodzinie z psychozą manjakalno - depresyjną.
16) Doc. W. Łuniewski (Tworki): T. zw. poczytalność zmniejszona w ujęciu kryterjów prawnych, psychjatrycznych i życiowych.
17) Płk. J. Nelken (Warszawa): Zaburzenia psychiczne przy postrzałach mózgu.
18) St. Paszkowski (Kraków): Zaburzenia psychiczne w guzach móżdżku.
19) J. Pinczewski (Warszawa): Dezintegracja psychiczna w chorobie Schildera i stanach pokrewnych.
20) Prof. M. Rose (Wilno): Choroby psychiczne w świetle badań nad uraźnością mózgu.
21) Prof. M. Rose (Wilno): Zaburzenia psychiczne w następstwie bąblowca mózgu.
22) J. Rose (Wilno): Zachowanie się cukru we krwi w przebiegu leczenia schizofrenji insuliną.
23) Prof. J. Rothfeld (Lwów): O zaburzeniach psychicznych w przebiegu nowotworów mózgu i ich wartości dla lokalizacji w mózgu.
24) Doc. W. Sterling (Warszawa): Zmiany psychiczne w guzach mózgu na zasadzie własnego doświadczenia.
25) M. Syrota (Choroszcz): Przypadek psychozy zbiorowej.
26) J. Szczeniowski (Choroszcz): Przypadki omamów w przebiegu parkinsonizmu.
27) A. Ślączka (Kraków): Zaburzenia psychiczne w zespołach mnestyczno - skojarzeniowych.
28) A. Ślączka (Kraków): Zaburzenia psychiczne w guzach III komory.
29) St. Świerczek (Owińska): Odczyn opadania krwinek w niektórych psychozach organicznych.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego zmuszony był ograniczyć do minut 20 czas trwania każdego referatu na temat programowy, dotyczący

zaburzeń psychicznych w cierpieniach organicznych układu nerwowego ośrodkowego, a to ze względu na znaczną liczbę zgłoszonych referatów. Czas trwania poszczególnych referatów na temat programowy sądowo psychjatryczny i na tematy luźne pozostaje zgodny z Regulaminem Zjazdu.

Wszelkie pisma w sprawie Zjazdu prosimy kierować pod adresem Komitetu Organizacyjnego: *Gostynin, Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych.*

Za Komitet Organizacyjny:

Sekretarz: *Dr. K. Mikulski.* Przewodniczący: *Dr. E. Wilczkowski.*

BUDOWA POMNIKA KU CZCI CZŁONKÓW SŁUŻBY ZDROWIA POLEGŁYCH ZA OJCZYZNĘ. (KONTO P. K. O.: 14.111).

Jesteśmy w gmachu Min. Rolnictwa przy ulicy Senatorskiej, w pracowni artysty rzeźbiarza, laureata Akademji Paryskiej, profesora Wittiga.

Pośrodku pracowni, wśród rusztowań, wznosi się bryła potężnych rozmiarów, pokryta mokremi płótnami. Na znak dany przez profesora Wittiga, płótna są usunięte, a oczom naszym przedstawia się grupa dwóch postaci: sanitarjusz w bluzie żołnierskiej, podtrzymujący rannego. Sanitarjusz — to uosobienie skupienia i spokoju; chwytem silnym i pewnym, lecz zarazem także miękkim i litosnym, oburącz podtrzymuje rannego. Młody ranny upada na kolana, głowa okryta chełmem zwisa bezwładnie, twarz pełna bólu; jest on przeciwstawieniem siły i skupienia pierwszej postaci. Opadające ramiona, obnażona pierś, bezwład rannego — wzywają ratunku.

Ta rzeźba, to symbol obowiązku niesienia pomocy samarytańskiej, a została stworzona jako pomnik ku czci członków Służby Zdrowia, poległych za Ojczyznę. A jest ich cały legjon. Kule i gazy trujące nie szczędzą lekarzy, sanitarjuszów i pielęgniarek, a niemniej grożą im epidemje i choroby zakaźne, historja których łączy się zawsze z historją wielkich wojen. Lata 1919 i 1920, podczas epidemji tyfusu plamistego, pochłonęły kilkuset lekarzy, a znacznie więcej innego personelu sanitarnego. Ofiara życia w służbie zdrowia jest niemniej szczytną, niż na polu chwały, a ci, co tę ofiarę złożyli, zasłużyli na wdzięczność i pamięć narodu.

Pamięć tych licznych, znanych i nieznanych, bohaterów obowiązku jest najdroższą ich kolegom: lekarzom, sanitarjuszom, farmaceutom, pielęgniarkom; nic też dziwnego, że myśl wzniesienia pomnika zdrowia zrodziła się w świecie lekarskim. W Komitecie skupili się przedstawiciele całej Służby Zdrowia tak cywilnej jak wojskowej, przedstawiciele wydziałów lekarskiego i farmaceutycznego Uniw. Warszawskiego, Naczelnej Izby Lekarskiej, Ubezpieczalni Społecznej, Związków i Towarzystw Lekarskich i Farmaceutycznych, Polskiego Czerwonego Krzyża i t. d. w osobach:

Dr. Adamski Jan, Dr. Borzęcki Tadeusz, Dr. Chodźko Witold, Dr. Czubalski Franciszek, Dr. Czarnocki Wilhelm, Dr. Eberhardt Maksymiljan, Dr. Falkowski Stafan, Mr. Filipowicz Wacław, Dr. Fronczak Franciszek (U. S. A.), Mr. Gessner Jan, Dr. Gilewicz Zygmunt, Dr. Gurbski Stanisław, Dr. Gluziński Antoni, Mr. Herod Franciszek, Dr. Hubicki Stefan, Dr. Konopacki Mieczysław, Dr. Koskowski Bronisław, Koźmińska Michalina, Dr. Kawiński Jan, Dr. Kaliciński Wiktor (sekretarz)

Dr. Kołłątaj Srzednicki Jan (przewodniczący), Dr. Michałowicz Mieczysław, Dr. Modrakowski Jerzy, Dr. Moszczeński Leon, Dr. Orzechowski Konrad, Dr. Owczarewicz Leon, Dr. Piestrzyński Eugenjusz, Dr. Raźniewski Zygmunt, Dr. Rouppert Stanisław, Dr. Rudzki Stefan, Dr. Rogalski Wojciech, Dr. Składkowski Sławoj, Mr. Sokolewicz Wacław, Dr. Szenajch Władysław, Dr. Szulc Gustaw, Mr. Szyszko Edmund, Hr. Tarnowska Michalina, Dr. Turski Antoni, Dr. Tubiasz Stanisław, Dr. Wernic Leon, Dr. Wroczyński Czesław, Wróblewski Antoni (skarbnik), Dr. Zembrzuski Ludwik, Dr. Zakliński Bohdan, Dr. Żmigród Bolesław.

Wspólnemi wysiłkami całego świata lekarskiego zebrano część potrzebnych funduszów. Dobrowolne opodatkowanie się lekarzy wojskowych, składki lekarzy cywilnych, opodatkowanie się farmaceutów, subwencje rządowe i banków, dały ogółem dotychczasowo sumę złp. 168.009,01. Brakującą sumę około 50.000 zł. złożą jeszcze niewątpliwie wszyscy członkowie Służby Zdrowia wojskowej i cywilnej, wszyscy lekarze, farmaceuci, sanitarjusze i pielęgniarki.

Pomnik stanie na jednym z placów Warszawy. Będzie ozdobą naszej stolicy i uwieczni wdzięczną pamięć za ofiarę życia bezimiennych bohaterów obowiązku, — ku pamięci przyszłych pokoleń członków Służby Zdrowia, — ku pokrzepieniu ducha w godzinę próby.

Roboty rzeźbiarskie pomnika ukończone będą jeszcze w bieżącym roku. Komitet zwraca się do wszystkich lekarzy cywilnych i wojskowych o wpłacanie składek na cele budowy pomnika, na konto P. K. O. Nr. 14.111. Biuro Komitetu mieści się w Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, ul. Górnośląska 45 (dawniej Szpital Ujazdowski).

POLSKA BIBLJOGRAFJA PSYCHJATRYCZNA i NEUROLOGICZNA ZA ROK 1934.

zestawił

WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI.

Skróty tytułów pism (książki umieszczono w odpowiednich działach; w miarę możności uwzględniono i sprawozdania z posiedzeń Towarzystw Lekarskich): AMW— Archiwum Medycyny Wewnętrznej. AK — Archiwum Kryminologiczne. CH — Chowanna. CZSL — Czasopismo Sądowo-Lekarskie. CZS — Czasopismo Sędziowskie. EPK — Encyklopedja Podręczna Prawa Karnego. GłS — Głos Sądownictwa. GA — Głos Adwokatów. GAP — Gazeta Administracji i Policji Państwowej. GSW— Gazeta Sądowa Warszawska. Gr — Gruźlica. Gin. Pol.—Ginekologja Polska KW— Kobieta Współczesna. LP—Lekarz Polski. LK—Lekarz Kolejowy. LW—Lekarz Wojskowy. MDS—Medycyna Doświadczalna i Społeczna. MM—Młoda Matka. M—Medycyna. MP — Medycyna Praktyczna. N — Neurologja Polska. NP — Nowiny Psychjatryczne. NL — Nowiny Lekarskie. NSL — Nowiny Społeczno-Lekarskie. PSZ — Przyjaciel Szkoły. PPiel — Przewodnik Pielęgniarski. PPch — Polski Przegląd Chirurgiczny. PP — Pedjatrja Polska. PF — Przegląd Felczerski. PAP — Polskie Archiwum Psychologiczne. PGL — Polska Gazeta Lekarska. PDer — Przegląd Dermatologiczny. P — Położna. PUS — Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. PL — Praktyka Lekarska. PPR — Przewodnik Pracy Społecznej. Prz. Pow. — Przegląd Powszechny. Pal. — Palestra. PS — Przegląd Sądowy. PWP — Przegląd Więziennictwa Polskiego. RP — Rocznik Psychjatryczny. RPraw. — Ruch Prawniczy. Ekonomiczny i Socjologiczny. SS — Szkoła Specjalna. T — Trzeźwość. WF — Wiadomości Farmaceutyczne. WCZL — Warszawskie Czasopismo Lekarskie. WL — Wiedza Lekarska. WD — Wiadomości Literackie. WP — Wiadomości Prawnicze. Wiad. L. — Wiadomości Lekarskie. WojP — Wojskowy Przegląd Prawniczy. WPP — Wileński Przegląd Prawniczy. Z — Zdrowie Publiczne. ZR — Zagadnienia Rasy. Żdz — Życie Dziecka. Wsz. — Współczesne Lecznictwo farmaceutyczne i fizykalne.

1. *Psychologja i psychopatologja ogólna i działy pokrewne:*

1. Adler — Znajomość człowieka. (Charakter) str. 288 — Stanisławów.
2. Adler — Psychologja indywidualna w wychowaniu — str. 173. Warszawa.
3. Anszer — O psychoanalizie — P. F.
4. Bilikiewicz — O współpracy psychologji z psychjatrją — P. G. L.
5. K. Dąbrowski — Organizacja higjeny psychicznej w stanie Massachusetts. — S.S.
6. Dewey — Jak myślimy — str. 222.

7. Fiumel — Stan zdrowia pilotów myśliwskich nocnych i dziennych — L. W.
8. Heftmanowa — Psychologja na usługach pracownika oświatowego — P. P. S.
9. Kowalski — Kryptestęzja czyli o rozmaitych formach nadnormalnego poznania — str. 30 — Wisła.
10. Krainskij — Mózg jako radjoaparat i czynność wegetatywnego układu nerwowego — P. G. Z.
11. Kuchta — Książka zakazana jako przedmiot zainteresowania młodzieży w okresie dojrzewania — str. 154.
12. Librachowa — Struktura wyobrażeń jednostkowych i wyobrażeń rodzajowych — str. 80 Poznań.
13. Lorentowicz — Zagadnienie bólu w ginekologji — Pos. War. Tow. Ginek. — str. 714. Gin. Pol.
14. Ks. Łubieński — Psychoanaliza Freuda w świetle prawdy chrześcijańskiej — str. 191. Lwów.
15. Mallwin — Wyniki badań psychotechnicznych a rzeczywistość — L. W.
16. Małecki — Krwawienie z uszu pochodzenia psychoneurotycznego — N. Z.
17. Markuszewicz — Infantylizm popędu samozachowawczego — R. P.
18. Nelken — Higjena psychiczna w wojsku — R. P.
19. Maziarski — Dusza i mózg — P. G. L.
20. Mazurkiewicz i Skrzypińska — Dwa rodzaje wzruszeniowości, dające się wykazać przez badania chronaksji przedsionkowej. Pos. Pol. Ak. Um. N. Z. — str. 644.
21. Mazurkiewicz — Integracje nerwowe — Posiedz. Pol. Ak. Um. — P. G. L. — str. 569.
22. Mazurkiewicz — Integracje nerwowe cz. IV. — Posiedz. Pol. Ak. Um. — P. G. L. — str. 585.
23. Mazurkiewicz — Psychofizjologja bólu fizycznego — M.
24. Maurin — Zarys psychofizjologji cz. I — str. 142.
25. Miodoński. — Rola błędnika w poczuciu i pojmowaniu przestrzeni — P. G. L.
26. Osmólski — Motywy psychologiczne uprawiających sport — Posiedz. Wydz. Lek. T. P. N. w Poznaniu — N. L. — str. 762.
27. J. K. — Podstawy psychologiczne samodręczenia — S. S.
28. Raczyński-Waliński — Wpływ zawodu lotniczego na sprawność układu nerwowego — L. W.
29. Siwecki — Istota egoizmu i jego przejawy — str. 35.
30. Skrzypińska — Dwa rodzaje wzruszeniowości w cyklu życiowym człowieka, dające się wykazać przez badanie chronaksji przedsionkowej — Posiedz. Pol. Ak. Um. — P. G. L. — str. 585.
31. Sochański — Podświadomość w ujęciu lekarza-internisty — P. G. L.
32. Sochański — Z typologji ludzkiej — P. G. L.
33. Sochański — Wśród tajemnic przyrody — P. G. L.
34. Skarski — Siła ducha — str. 93 — Poznań 1933.
35. Skowron — Wpływ hormonów na kształtowanie się osobowości — Ch.
36. Szuman — Instykty w człowieku — K. P.
37. Szuman — Osobowość i charakter człowieka z punktu widzenia biologji — Ch.
38. Szulc — Higjena pracy umysłowej — Z.
39. Sterling — Zaburzenia nerwowe i psychiczne w okresie przekwitania. — Pos. I. Lek. Warsz. — str. 618 — W. Cz. L.
40. Witwicki — Analiza psychologiczna ambicji — str. 44.

41. Wize — Przykład symbiozy literackiej wśród psychicznie chorych — N. P.
42. Wojciechowski — Pierwsze laboratorja psychotechniczne Kolei Półn. w Paryżu — L. K.
43. Wirszubski — Lęk obcego wzroku — M.
44. Z. M. — Psychika kobiety w obliczu współczesnej psychologji — K. W.
45. Życzyński — Materjały psychologiczne w literaturze etc. — str. 38. 1933.
46. Bychowski — Hipnoza — E. P. K.
47. Szyk — Psychologja indywidualna na usługach lekarza praktyka — Wsz.

II. Psychopatologja sądowa i działy pokrewne:

1. Baley — Ekspertyza psychologiczna — E. P. K. — A. K.
2. Baley — Psycholog w roli biegłego sądowego — W. D.
3. Batawia — Biologja kryminalna, jej cele i metody oraz wyniki dotychczasowych badań — A. K.
4. Batawia — Kwestjonarjusz biologiczno-kryminalny — A. K.
5. Borowiczowa — Nieletni przestępcy — P. W. P.
6. Bychowski — Przestępca a przychoanaliza — W. D.
7. Dziatelański — Nowe angielskie prawo o nieletnich — Żdz.
8. Jankowski — Orzecznictwo sądowo-lekarskie w sprawach urazowych reaktywnych — R. P.
9. Koziński — Zagadnienie poczytalności zmniejszonej — Pr.
10. Łuniewski — T. zw. poczytalność zmniejszona w ujęciu K. K. r. 1932 (uwagi psychjatryczne) — A. K.
11. Łuniewski — Kryminologja a psychopatologja — A. K.
12. Łuniewski — Pierwiastek reaktywny w psychozach osób uwięzionych — R. P
13. Łuniewski — Ekspertyza psychjatryczna — E. P. K.
14. Mydlarski i Wiązewski — Badania antropologiczne przestępców — A. K.
15. Rabinowicz — Belgijskie zakłady zabezpieczające — A. K.
16. Rozenblum i Neudingowa — Nieletni przestępcy w świetle katamnezy 250 przypadków — A. K.
17. Skrzywan — Wzruszenie — Woj. P.
18. Steffen — Przypadek matkobójstwa na tle psychozy rozszczepieniowej — A. K.
19. Steffen — Przypadek psychozy religijnej u przywódców sekty (niezwykłość motywów przestępstwa) — R. P.
20. Szurbis — Czuwajmy nad losem nieletnich „przestępców" — Ż. Dz.
21. Urbanowicz — Niepoprawni przestępcy — Pal.
22. Wiśniewski — Zakłady dla niepoprawnych przestępców — Gł. S.
23. Wiśniacka — Psychologja zeznań świadków — A. K.

III. Psychologja i psychopatologja dziecka — Pedagogika specjalna:

1. Baley, Borowiczowa i Jaskorzewska — Sprawozdanie poradni pedologicznej przy patronacie w Warszawie — S. S.
2. Bańkowska — Tak zwane „typy adlerowskie" wśród dzieci — M. M.
3. Blumental — Rozwój mowy dziecka i jej zboczenia — M. M.
4. Bobrowska — Radość jako czynnik wychowawczy — Ż. Dz.
5. G. Bychowski — O lęku dziecięcym — S. S.
6. K. Dąbrowski — O wpływie otoczenia na powstanie i rozwój niektórych form nerwowości dziecięcej — S. S.

7. K. Dąbrowski — Zapobieganie zaburzeniom psychicznym dzieci i młodzieży—Z.
8. Drouot — Co zawdzięczamy metodzie belgijskiej — S. S.
9. Dybowski — O sposobie obserwowania dzieci — str. 35.
10. Domański — Słownictwo charakterologiczne dzieci od 7 — 14 lat — P. A. P.
11. Friedländerowa — Kiedy dziecko jest sobą — Ż. Dz.
12. Kamosiński — Zagadnienia erotyczne w wychowaniu szkolnem — PSZ.
13. J. K. Organizacja wydzielania dzieci słabych umysłowo ze szkół powszechnych w Massachusetts — S. S.
14. Klęsk — Paralelizm duchowy i cielesny w rozwoju dziecka — PSZ.
15. Kuchta — Psychologja dziecka wiejskiego a praca szkolna — str. 104.
16. Kuchta — Psychologja dziecka wiejskiego a praca szkolna ze szczególnem uwzględnieniem zajęć cichych — str. 104 r. 1933 Warszawa.
17. Kuchta — Rozwój psychiczny młodzieży a praca szkolna — wyd. 3, str. 103 Warszawa.
18. Lewenfiszowa — Przejawy inteligencji dziecka w 3 — 5 roku życia — M. M.
19. Librachowa i Studencki — Dziecko wsi polskiej — str. 302.
20. Nestorowicz — Organizacja opieki nad nieletniemi w Italji i innych krajach — Gls.
21. Pieter — Badania psychologiczne nad dzieckiem śląskiem — Ch.
22. Praca zbiorowa Komisji Sekcji Psychologów Szkolnych — Poznajmy warunki życia dziecka — str. 123.
23. Remiszewska — Prawa i obowiązki dziecka w domu — S. S.
24. Rozenblum — Poradnia pedologiczna a szkoła — Pos. Lek. Szk., str. 526—N. L.
25. Rybarczykówna — Djagnostyczne znaczenie rysunków w szkole specjalnej—S. S.
26. Rygmanowa — O „Polskie Archiwum do spraw młodzieży i dziecka" — Ż. Dz.
27. Skowronkówna — Włóczęgostwo dziecięce w świetle psychologji — A. K.
28. Sterling — Zagadnienia higjeny psychicznej w Polsce a pedagogika lecznicza — S. S.
29. Szwarz — Młodzież szkolna w świetle badań psychologicznych — str. 78.
30. Sprawozdanie z wycieczki do Włoch w IV/1933 (szkolnictwo specjalne)—S. S.
31. Tarnowska — Warszawa dziecku opuszczonemu — Ż. Dz.
32. Wasermilowa — Zazdrość dziecięca — M. M.
33. Witkowski — Rozwój poczucia sprawiedliwości u dzieci — P.S.Z.

IV. Samobójstwo:

1. Becker — O skłonności do samobójstwa — W. Cz. L.
2. Felc. — Zmiany anatomo-patologiczne u samobójców — Cz. S. L.
3. Grzywo-Dąbrowska — Przyczynek do psychologji i psychopatologji młodocianych samobójców i t. d. — W. Cz. L.
4. Grzywo-Dąbrowska — Ocena książek:
   1) Altavilla — Samobójstwo z punktu widzenia psychologji, medycyny sądowej i prawa. Cz. S. L.
   2) Hoffmanowa — Zagadnienie samobójstwa — Cz. S. L.
5. Grzywo-Dąbrowski — Samobójstwa w Warszawie i w okręgu Apelacji Warsz. w r. 1932 — Cz. S. L.
6. Grzywo-Dąbrowski — Samobójstwa w Warszawie w r. 1933 — Cz. S. L.
7. Grzywo-Dąbrowski — Samobójstwo z punktu widzenia medycyny sądowej. Powieszenie i zadzierżgnięcie. Samobójstwo, wypadek czy zabójstwo? — Cz. S. L.

8. Grzywo-Dąbrowski i Felc — Zmiany anatomo-patologiczne w wypadkach samobójstw — Pos. Tow. Lek. Warsz. s. 373 — M.
9. Grzywo-Dąbrowski i Manczarski — Samobójstwa w Polsce w r. 1931—Cz. S. L.
10. Grzywo-Dąbrowski i Manczarski — Samobójstwa w Polsce w r. 1931 — Pos. Tow. Lek. Warsz. s. 373 — M.
11. Manczarski — Postrzał głowy — usiłowanie samobójstwa czy zabójstwa czy symulacja? — Cz. S. L.

V. *Alkoholizm — Narkomanja*:

1. Chodźko — Sprawa narkotyków jako zagadnienie międzynarodowe — M.
2. Cieszyński — Alkohol a przesilenie i bezrobocie — P.
3. Janusz — O własnym sposobie leczenia morfinizmu zapomocą tlenu, glukozy i insuliny — N. L.
4. Koskowski — Walka z narkomanją jako zagadnienie międzynarodowe—W. F.
5. Likier — Stosowanie wielkich dawek koraminy i stiminolu w ostrych zatruciach morfiną, weronalem i innemi środkami nasennemi — A. M. W.
6. Łuniewski — Psychjatryczno-społeczne znaczenie narkomanji — M.
7. Łuniewski — Klinika narkomanji wywołanej alkaloidami makowca — M.
8. Mydlarski i Brunowa — Badania antropologiczno-psychjatryczne rodzin alkoholików — R. P.
9. Nelken — Klinika kokainizmu i jego leczenie — M.
10. Nelken — Leczenie narkomanji wywołanej alkaloidami makowca — M.
11. Posiedzenie Tow. Lek. Warsz. poświęcone zagadnieniu narkomanji: dyskusja— M. str. 163 (to samo W. Cz. L. str. 411).
12. Reicher — O wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania alkaloidów makowca w medycynie wewnętrznej — W. L.
13. Rutkowski — Wskazania i przeciwwskazania w stosowaniu alkaloidów makowca w chirurgji — Spraw. z pos. T. L. W. s. 524— N. L.
14. Rutkowski — Wskazania i przeciwwskazania w stosowaniu alkaloidów makowca w chirurgji — M.
15. Sterling — Wskazania i przeciwwskazania w stosowaniu alkaloidów makowca w neurologji — M.
16. Sterling — Wskazania i przeciwwskazania w stosowaniu alkaloidów makowca w neurologji — Spr. z pos. T. L. W. s. 525 — N. L.
17. Schilling-Siengalewicz — O możliwości objektywnego określenia stopnia odurzenia alkoholicznego — Gł. S.
18. Szulc — Narkomanja jako zagadnienie higjeny społecznej — M.
19. H. W. — Niektóre mniej znane lecz praktycznie ważne właściwości narkotyków (przetwory makowca, kokainy, alkoholu, eteru) — M.
20. H. W. — Kartka z historji nadużywania makowca — M.
21. Zagadnienie walki z narkomanją — posiedz. T. L. W. streszczenie odczytów: Rutkowskiego, W. Sterlinga, Mazurkiewicza i dyskusja str. 305 i 365, 385— P. G. L.

VI. *Schorzenia organiczne i urazowe układu nerwowego:*

1. Bornstein — O zespole rodzinnym schorzeń nerwowo-mięśniowych — N.
2. Bregman i Krakowski — O rzadkich postaciach jamistości rdzenia—W. Cz. L.
3. Biro — Ramy stwardnienia wieloogniskowego — W. Cz. L.

4. Z. Bychowski — Z filozofji i psychologji przysadki mózgowej — W. Cz. L.
5. Chwaliborski — Przypadek choroby Selter-Swift-Feera — Pos. Tow. Lek. Lw. s. 627 — P. G. L.
6. Dobrzański — Przypadek postrzału głowy — Pos. Tow. Lek. Lwow. s. 625 — P. G. L.
7. Dzierżyński — Niski wzrost przy wodogłowiu — N.
8. Endelman i Jozowa — Zespół Devic'a jako ostry początek stwardnienia wieloogniskowego — N.
9. Godlewski — Zespoły neurologiczne przy złośliwych guzach jamy nosowogardłowej — N.
10. Higier — Przyczynek do sprawy ostrych zaburzeń wzrokowych, towarzyszących chorobom mózgowia i rdzenia — M.
11. Herman i Merenlender — Choroba Pringlea etc. — W. Cz. L.
12. Jakimowicz i Fiszhautówna — Zespoły opuszki różnego pochodzenia i t. d.—M.
13. Jakimowicz — Uraz czaszki i krwotok podpajęczynówkowy i t. d. Pos. Tow. Lek. Warsz. s. 466. M.
14. Jaburek — O objawie wskazującym na zamknięcie kręgowego worka oponowego. P. G. L.
15. Kaczka — Pourazowe porażenie rdzeniowe — Pos. Tow. Lek. Warsz. s. 678 — N. L.
16. Kipmanowa — Odrębny zespół heredodegeneracyjny — N.
17. Kolaczyński — Czy urazowy krwotok śródczaszkowy? — W. Cz. L.
18. Krąkowska — Przyczynek do ustalenia podłoża organicznego jąkania i innych wad wymowy — M.
19. Lewenfisz — Dwa przypadki nerwobólu nerwu trójdzielnego — Pos. Łódz. Tow. Lek. str. 922 — P. G. L.
20. Lipszowicz — Zachowanie się odruchu rogówkowo - podbródkowego Flataua w schorzeniach nerwowych i pozakorowych — W. Cz. L.
21. Melanowski — Dziedziczność a narząd wzroku — Z. R.
22. Mikulski — Z zagadnień dziedziczności (badania nad bliźniętami). Spr. z pos. lek. szkoln. s. 488 — W. Cz. L.
23. Musiał — Przypadek wytrzeszczu gałki ocznej — Pos. Lwow. Tow. Lek. s 468 — P. G. L.
24. Okołów-Hrynkiewiczowa — Pokaz chorego ze skaczącem rozszerzeniem źrenic. Pos. Wil. Tow. Lek. str. 866 — P. G. L.
25. Orzechowski — O t. zw. nystagmie powiek górnych — N.
26. Orliński — Rozpoznanie przypadkowe lub późne urazowych uszkodzeń kręgosłupa — N.
27. Rort — Skurcz pisarski na tle pozapiramidowem — N.
28. Radzymiński — O rozmieszczeniu bólów głowy i t. d. w zapaleniach jam bocznych nosa — N. L.
29. Rotstadt — Ostre odosobione porażenie obwodowe nerwu twarzowego jako zagadnienie lecznicze — N.
30. Roze — Rwa kulszowa i jej leczenie — L. W.
31. Sowiakowski — Dwa przypadki złamań kręgosłupa z późnemi zmianami czynnościowemi ze strony kończyn dolnych. Pos. Lwow. Tow. Lek. s. 468 — P. G. L.
32. Skowroński — Przyczynek kazuistyczny do rentgeno - djagnostyki mózgowych porażeń dziecięcych w wieku niemowlęcym i t. d. — N. L.

33. Szczeklin — Blok zatorowo - przedsionkowy — P. G. L.
34. Sterling — Degeneratio pyramido-pallidalis amyotrophica — N.
35. Sterling — Inwersja objawu Rossolimo jako wyraz zespołu połowiczego rzekomo opuszkowego — W. Cz. L.
36. Sciętkina — Przypadek choroby Recklinghausena. Pos. Lwow. Tow. Lek. s. 704 — P. G. L.
37. Syrota — Przypadek migreny oczoporaźnej. Pos. Pol. Zrzesz. Lek. Woj. Białostock. str. 327 — P. G. L.
38. Szenfeld — Niezwykły przypadek jednostronnego wytrzeszczu etc. —W. Cz. L.
39. Tesinger — Niedowład pochodzenia ośrodkowego etc. naskutek przewlekłego otrucia dwusiarczanem węgla — M.
40. — Dyskusja nad odczytem Tyczki o odmie czaszkowej — Pos. Tow. Med. Społ. str. 470 — W. Cz. L.
41. Wąsowski i Malinowski — Przyczynek do sprawy powstawania paradoksalnego oczopląsu poobrotowego — M.
42. Wołkowyski — Powikłania oczodołowe i oczne w przebiegu zapalenia zatok bocznych nosa — M.
43. Zahorski — Małe ogniska chorobowe w śródmóżdżu z obustronnemi objawami móżdżkowemi i porażeniem lewego nerwu bloczkowego — M.
44. Zienkiewicz — Zranienia czaszki na wojnie — L. W.

VII. Sprawy zapalne opon mózgowych i mózgu:

1. Baniewicz — Grypa układu nerwowego — M.
2. Dretler — Badania epidemjologiczne nad nagminnem śpiączkowem zapaleniem mózgu w Woj. Krakowskiem — N.
3. Dretler — Z badań nad śmiertelnością chorych w okresie przewlekłym nagminnego zapalenia mózgu — W. Cz. L.
4. Englert — Przypadek surowiczego zapalenia opon mózgowych — L. W.
5. Frenkenberg — 1. Przypadek choroby Heine-Medina.
   2. Przypadek ostrego schorzenia rdzenia i mózgu. Pos. Tow. Lek. Częstochowsk. str. 804 — P. G. L.
6. Frenklowa — Przyczynek do powikłań nerwowych w krztuścu — Pos. Łódz. Tow. Lek. s. 932 — P. G. L.
7. Gutmanowa — Przypadek gruźliczego zapalenia opon u niemowlęcia z zespołem uciskowym Neune-Froin — P. P.
8. Higier — Meningitis serosa chronica — N. L.
9. Higier — Przypadek meningitis serosa chronica — Pos. Pol. Tow. Med. Społ. s. 306 — W. Cz. L.
10. Hufnagel — Przypadek ropnego enterokokowego zapalenia opon mózgowych — W. Cz. L.
11. Itelson — Przypadek gośćca mózgowego — str. 944 P. G. L.
12. Jakimowicz — Zapalenie opon odczynowe z rozpadem tkanki mózgowej Babińskiego—Gendrena — N.
13. Kon. — Trzy przypadki pneumokokowego zapalenia opon mózgowych—P. G. L.
14. Lewkowicz — Nadrzędność zmian splotowych w stosunku do oponowych w powstawaniu nagminnego zapalenia opon — P. G. L.
15. Opalski — Morfologja patogeniczna zapaleń wyściółki i gleju podwyściółkowego — N.

16. Pankówna — Paehymeningitis haemorrhagica interna u niemowląt — W. Cz. L.
17. Rothfeld — Zapalenie mózgu z niezwykłemi objawami — P. G. L.
18. Zandowa — Udział opon mózgowo - rdzeniowych w schorzeniach ogólnych — W. Cz. L.
19. Zienkiewicz — Dwa przypadki schorzeń mózgowych u dzieci — P. G. L.

VIII. Guzy, ropnie, pasorzyty, kiła układu nerwowego:

1. Abdański — Odosobniony nerwiak przedramienia — P. G. L.
2. Adam-Falkiewiczowa — Przypadek guza mózgu z zaburzeniami mowy etc. — P. G. L.
3. Artwiński — Opis operacyjnie usuniętego chrzęstniaka płatu czołowego prawego — N.
4. Baniewicz — Kilak kąta mostowo-móżdżkowego — M.
5. Bau-Prussak — O tworach chrząstkowych, powodujących ucisk rdzenia lub ogona końskiego — W. Cz. L.
6. Bernasiewicz — Przypadek wągrowatości mózgu — Pos. Pol. Zrzesz. Lek. Woj. Białostockiego str. 586.
7. Borysowicz i Achmatowicz — Przypadek guza kąta mostowo - móżdżkowego — M.
8. Bergman — Przyczynki do rokowania i leczenia w nowotworach mózgu — M.
9. Gelbard — Przypadek złośliwego skąpodrzewiaka (oligodendroglioma) prawego płatu skroniowego — P. G. L.
10. Hirsch — O zmianach chorobowych w płynie mózgo - rdzeniowym w późnych okresach kiły — P. Der.
11. Jaburek — Dwa przypadki guza mózgu. Pos. Tow. Lek. Lw. str. 342—P. G. L.
12. Jaburek — Dwa przypadki operowanego guza mózgu — Pos. Lw. Tow. Lek.
13. Kosiński — Kiłowe rozlane zapalenie mięśni — Pos. Tow. Int. Pol. str. 677—M.
14. Lewande — Przypadek ropnia mózgu płatu skroniowego etc. — Pos. Wil. Tow. Lek. str. 727 — P. G. L.
15. Mikułowski — Kiła naczyniowo-sercowa z połowiczem porażeniem mózgowem u dziecka — M. P.
16. Mikułowski — Mimowolne oddawanie kału u dziewczynki 9-letniej z kiłą wrodzoną — P. G. L.
17. Opalski i Jakimowicz — Przypadek torbieli IV komory — Posiedz. w szp. Dz. Jezus str. 849 — M.
18. Rothfeld — O pleocytozie w płynie mózgo-rdzeniowym w przypadkach nowotworów mózgu — P. G. L.
19. Slączka — Symptomatologja guzów lewej dolnej okolicy ciemieniowej etc.—N.
20. Sosin — Adenocarcinoma hypophyses — Pos. Tow. Lek. Lw. str. 746—P. G. L.
21. Wajs i Windzberg — O samotnych guzach nerwów obwodowych t. zw. nerwiakach (neurinomata) — W. Cz. L.
22. Welfle — Przymiot jako dyzgeniczny czynnik w społeczeństwie — Z. R.

IX. Nerwice — Psychozy reaktywne, Schizofrenja i inne:

1. Artwiński — Uwagi metodologiczne w sprawie nerwic reaktywnych — R. P.
2. Boreński — Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i ich stosunek do t. zw. nerwic — R. P.
3. Bornsztajn — Mechanizm powstawania zaburzeń psychoz reaktywnych — R. P.

4. Chłopicki — Mechanizm powstawania zaburzeń reaktywnych — R. P.
5. Dretler — O objawowych zespołach paranoicznych — R. P.
6. Falkowski — Objawy początkowe paraliżu postępującego — Pos. Tow. Lek. Łódz. — P. G. L.
7. Frenkel — O psychozach ostrych śmiertelnych — N.
8. Herman — O ruchach mimowolnych w chorobie Charcot - Marie -Toath — N.
9. Higier — Migrena i stany pokrewne — str. 32.
10. Łysakowski — Hyperhydrosis. — Neurastenia. — Posiedz. w szp. Dz. Jezus str. 846 — M.
11. Medyński — Nerwica urazowa a zdolność do pracy — R. P.
12. Margiel — Schorzenia nerwowe i umysłowe przy zaburzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu -- Wiad. L.
13. Nelken — Psychozy reaktywne w oświetleniu wojny światowej i służby wojskowej — R. P.
14. Präger — Nerwica przypadkowa i jej ocena w przewodzie odszkodowawczym — N. P.
15. Präger — Analiza przypadku schizofrenji — R. P.
16. Rotstadt — Histerja a nerwice pokrewne — N. L.
17. Sieńko — Przypadek pasówki uogólnionej — M.
18. Słomczyński — Dwa przypadki schizofrenji paranoidalnej — Pos. Tow. Lek. Łódz. — P. G. L.
19. Sterling — O korelacji sutkowo-tarczycowej — M.
20. Wirszubski — O narkolepsji — M.
21. Wize — Próba etjologji zaburzeń reaktywnych na tle rozwojowem jednostki — N. P.
22. Zieliński — Rola konstytucji w zaburzeniach psychicznych reaktywnych—R. P.
23. Handelsman — Histerja — E. P. K.

X. Padaczka i t. p. — Parkinsonizm:

1. Bylina — O przemijającej ślepocie na tle rzucawki porodowej — N. L.
2. Higier — Trzy przypadki z dziedziny padaczki zmysłowej — Spraw. z pos. Warsz. Tow. Lek. str. 451 — W. Cz. L.
3. Higier — Epilepsia tarda endecrina etc. Pos. Warsz. Tow. Lek. str. 284 — N. Z.
4. Higier — Przypadek padaczki na tle zaburzeń wydzielania wewnętrznego Pos. Warsz. Tow. Lek. — P. G. L.
5. Iwanowski — Przypadek padaczki objawowej — Posiedz. w szp. Prz. Pańsk. Str. 403 — M.
6. Lamprechtówna — Przypadek pląsawicy w przebiegu szkarlatany — Pos. w szp. Św. Stanisława str. 830 — M.
7. Leśniewski — Z zaburzeń wegetatywnych w parkinsonizmie pośpiączkowym — Tow Lek. Warsz. s. 629 — P. G. L.; W. Cz. L. str. 657.
8. Łuniewski — Epilepsia — E. P. K.
9. Mozołowski — O ocenie zdolności do służby wojskowej chorych na padaczkę — L. W.
10. Obständer — Przypadek parkinsonizmu i myopatji — P. G. L.
11. Sterling — Z symptomatologji nieznanych lub szczególnie rzadkich zjawisk padaczkowych — W. Cz. L.

XI. Życie płciowe — Sterylizacja:

1. Beck — Uwagi o okresie przekwitania kobiecego — M.
2. Czerwiński — Sterylizacja, jako środek walki z przestępczością i uzdrowienia rasy — G. A. P., N. S. L., W. P.
3. Dryjski — Zagadnienie seksualizmu dziecka i młodzieży szkolnej — str. 456 — Warszawa.
4. Frenkiel i Hurwicz — Kastracja i sterylizacja — W. Cz. L.
5. Grzywo-Dąbrowski — Zagadnienie sterylizacji — L. P.
6. Gorecki — Rola przekwitania w patologji wewnętrznej — M.
7. Higier — Niemoc płciowa i bezpłodność u mężczyzn — str. 251.
8. Hurwicz — Prolegomena do wszelkiej ustawy sterylizacyjnej — W. P.
9. Landsberg — Niemoc płciowa — str. 46.
10. Margiel — Niemoc płciowa u mężczyzn — W. L.
11. Męczkowska — Wychowanie seksualne dzieci i młodzieży — str. 54.
12. Orlewicz — Problem wyjałowieniowy — Pr.
13. H. P. — Sterylizacja a prawo karne — A. K.
14. Pelnar — Okres dojrzewania i jego zaburzenia — L. K.
15. Piotrowska — Kultura i wychowanie etyczne — Spr. z pos. lek. szkoln. W. Cz. L. str. 482; N. L. str. 582.
16. X. Radolski — Ustawa sterylizacyjna w Niemczech — Prz. Pow.
17. Sedlis — Zagadnienie międzypłciowości w świetle badań biologicznych i klinicznych — W. Cz. L.
18. Szenwic — Niepłodność i niemoc płciowa u kobiet — str. 102.
19. Wirszubski — Przymus sterylizacji w Niemczech pod względem psychjatrycznym — N. P.

XII. Lecznictwo:

1. Borawski — Nowe Zakłady psychjatryczne w Polsce — str. 31.
2. Bühn — Zatrucie środkami nasennemi z gruty kwasu barbiturowego i ich leczenie — Wiad. L.
3. Fekesz — Opieka rodzinna nad psychicznie chorymi na terenie powiatu wileńsko-trockiego — Z.
4. Fiszhautówna — Wyniki leczenia ntropiną w wysokich dawkach zespołów i objawów pozapiramidowych — M.
5. Fraenklowa — Psychoterapja — Pos. T. Lek. Lw. str. 626. P. G. Z.
6. Głowiński — Przypadek zatrucia luminalem, leczony dużemi dawkami strychniny dożylnie — Pos. Klin. szp. Poznańskiego str. 756 — W. Cz. L.
7. Hessel — Nowe sposoby fizykalnego leczenia bólów nerwów i mięśni — P.G.L.
8. Jankowska — O wzajemnem ustosunkowaniu się i wpływie dzieci opiekunów i psychicznie chorych w opiece rodzinnej — W. Cz. L.
9. Jankowska — O opiece rodzinnej nad psychicznie chorymi — P. G. L.
10. Jankowska — Opieka rodzinna nad psychicznie chorymi w Wileńszczyźnie — N. P.
11. Janusz — O osmoterapeutycznym współczynniku w leczeniu swoistem kiły nerwowej — M. P.
12. Leder — O wpływie kąpieli leczniczych na pobudliwość kory mózgowej — W. Cz. L.
13. Łabacz — Znieczulenie lędźwiowe perkainą w chirurgji — M. P.

14. Łapiński — Opieka nad psychicznie chorymi — Z.
15. Łuniewski — W sprawie opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi — Pos. Sekcji Higj. Psych. P. W. P. L. str. 745 — P. G. L.
16. Łuniewski — Projekt ustawy o opiece nad osobami psychicznie chorymi — Pos. Państw. Nacz. Rady Zdrowia str. 886 — P. G. L.
17. Rein — Leczenie balneologiczne chorób nerwowych i umysłowych — P. G. L.
18. Sier — Przypadek zatrucia weronalem, wyleczony zapomocą dużych dawek strychniny dożylnie — Pos. Klin. szp. Poznańskich str. 755 — W. Cz. L.
19. Teppa — Wyniki leczenia w przypadkach pośpiączkowych w Klinice U.J.K.— P. G. L.
20. Wainsztok, Kotek i Głowiński — O leczeniu zatruć związkami barniturowemi zapomocą dużych dawek strychniny — W. Cz. L.
21. Węgliński — O wpływie Tetrophanu na porażone mięśnie — P. L.
22. Witoński, Ser i Kurchin — O stosowaniu dużych dawek strychniny dożylnie przy zatruciach związkami barbiturowemi — P. G. L.
23. Władyczko — Szczawnica a układ nerwowy — N.
24. Władyczko — W sprawie opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi — Okólnik Min. Op. Społecznej — N. L.

XIII. Sprawozdania z posiedzeń — Wspomnienia pośmiertne:

1. Dr. J. Fraenklowa — Wspomnienie pośmiertne — Dr. Z. Bychowski — R. P
2. Borowiecki — Wrażenia ze zjazdu psychjatrów niemieckich w Monastyrze — P. G. L.
3. Z. Bychowski — Dr. S. Goldflam, lekarz i uczony — str. 8.
4. Chłopicki — Działalność naukowa ś. p. Babińskiego w zakresie czynnościowych zaburzeń układu nerwowego — N.
5. Dzierżyński — Demonstracje z zakresu neurologji — Pos. Łódz. Tow. Lek. str. 943 — P. G. L.
6. Godlewski — Prace ś. p. Babińskiego z zakresu nauki o schorzeniach organicznych układu nerwowego — N.
7. Pieńkowski — Józef Babiński 1857 — 1935 — N.
8. Piotrowski — 40-cie istnienia Woj. Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance. 15-cie administracji polskiej — N. P.
9. Piotrowski — Dziesięcielecie istnienia Nowin Psychjatrycznych — N. P.
10. Piotrowski — Protokuł XV Walnego Zgromadzenia Polskiego Tow. Psychjatrycznego — R. P.
11. Piotrowski — Sprawozdanie z Woj. Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance za r. 1933/34 — N. P.
12. Piotrowski — Sprawozdanie oddziałów Warszawskiego, Krakowskiego i Poznańskiego za r. 1933/34 — R. P.
13. Piotrowski — Sprawozdanie z posiedzeń klinicznych w Dziekance — str. 267 — N. P.
14. Piotrowski — Sprawozdanie z XIV Zjazdu Psychjatrów Polskich w Krakowie 19—21.V.34 — R. P.
15. Piotrowski — Sprawozdanie z sekcji neurologiczno-psychjatrycznej XIV Zjazdu Przyrodników i Lekarzy — W. Cz. L.

XIV. Varia:

1. Bartoszakówna — O uzupełnieniu wykształcenia personelu pielęgniarskiego w zakładach psychjatrycznych — P. Piel.
2. Blassberg — Rozbiór prac Deikursa: Impotencja psychiczna; Objaw nerwowy— str. 938 — P. G. L.
3. Brzezicki — Rodzaj unaczynienia striopallium i jego znaczenie dla powstawania udaru mózgowego — P. G. L.
4. Czubalski — Znaczenie i czynności ośrodków podkorowych w świetle doświadczeń fizjologicznych — P. G. L.
5. Dadlez i Koskowski — Gazy bojowe i wpływ ich na ustrój ludzki — P. L.
6. Frostig — Psychjatrja: Oceny: Bornsztajn: W. Cz. L. Łuniewski — M. Borowiecki — P. G. L., Medyński — Gł. S.
7. Grzywo-Dąbrowski — Polska bibljografja kryminologiczna, sądowo-lekarska i działów pokrewnych — Cz. S. L.
8. Grzywo - Dąbrowski — Polska bibljografja psychjatryczna i neurologiczna w r. 1933 — R. P.
9. Hrom — Badania nad wpływem nerwu błędnego i współczulnego na serce — Pos. Tow. Lek. Warsz. s. 652 — M.
10. Juer — O znaczeniu chloru, wapnia, potasu i sodu w małych ilościach płynu mózgo-rdzeniowego — M. D. S.
11. Manteuffel-Szolge — Zmiany anatomo-patologiczne w zwojach i nerwach współczulnych u osób chorych na gruźlicę płuc, jelit i krtani — Gr.
12. Messing — Przyczynek do anatomji patologicznej zatrucia tlenkiem węgla — N.
13. Merykowiczówna i Czarnecki — W sprawie określania przez skórę chronaksji nerwów błędnych u królika — W. Cz. L., J. Frostiga — M.
14. Rothfeld — Dalsze badania nad znaczeniem odruchu zginania — N.
15. Skrzypińska — Wahania chronaksji przedsionkowej medyków przed i po egzaminie — R. P.
16. Stefko — W sprawie pozapłciowego histo-architonicznego rozwoju niektórych narządów (zwłaszcza kory mózgowej) etc. — Pos. Pol. Akad. Umiej., tn. str. 272 — W. Cz. L.
17. Świerczek i Świerczkowa — Odczyn opadania krwinek w paraliżu postępującym — N. P.

KSIĄŻKI I PISMA NADESŁANE DO REDAKCJI.

Medycyna.
Warsz. Czasopismo Lekarskie.
Nowiny Społeczno-Lekarskie.
Lekarz Polski.
Czasopismo Sądowo-Lekarskie.
Praca Lekarska.
Medycyna Współczesna.
Psychometrja.
Kronika Dentystyczna.
Lekarz Kolejowy.
Bratislawskie Lekarskie Listy.
Revue w Neurologii i Psichjatrii.

Mazurkiewicz J. — Les intégrations nerveuses. V partie. Les intégrations corticales. Extrait du Bulletin de l'Académie des Sciences et des Lettres. Classe de Médecine. 1934.

Mazurkiewicz. J. — Les intégrations nerveuses. VI partie. Contribution à L'étude de la neurodynamique du système nerveux central. Extrait etc. 1934.

Skrzypińska J. — Deux ordres d'émotivité au cycle de la vie humaine, définis par les résultats des recherches sur la chronaxie vestibulaire. Extrait etc. 1934.

Glass J. — Rozpoznawanie i leczenie stanów żółtaczkowych. Monografje Lekarskie T. II. Z. 1—3. 1935.

Bilikiewicz T. — Psychoanaliza w praktyce lekarskiaj. Monografje Lekarskie T. II. Z. 4. 1935.

Wirszubski A. — Psychozy pooperacyjne. Medycyna N. 3. 1935.

ANNALES PSYCHIATRIQUES

BULLETIN OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ POLONAISE DE PSYCHIATRIE

Résumés.

J. Kirschner. **La constitution psychique génotyp'que.**

L'auteur comprend par constitution, exclusivement les caractères qui dépendent d'éléments héréditaires. La distinction des caractères psychiques génotypiques par rapport aux caractères phénotypiques est importante pour la raison, que les premiers ne subissent qu'à un faible degré l'influence des facteurs liés à l'éducation et à la médication. Comme la constitution psychique considérée dans son ensemble n'est pas héréditaire, mais bien ses différents éléments issus de la combinaison de gènes correspondants, provenant des deux lignées ancestrales, il est indispensable de distinguer ces éléments comme unités psychiques biologiques. Pour les fixer, l'analyse de la structure psychique des différents individus et les recherches généalogiques sur le caractère éventuellement particulier de ces unités dans l'hérédité, devraient se compléter réciproquement.

B. Bornstein. **Les réac ions émotionnelles pathologiques.**

L'auteur aborde la théorie de l'origine des émotions, discute la théorie de James et Lange, qui considèrent les états émotionnels comme l'expression des changements biologiques, causés par les stimulants, qui agissent sur le système végétatif. Les théories mentionnées n'expliquent pas le caractère qualitatif de chaque état émotionnel; il s'ajoute un élément spécifique, qui actuellement ne se laisse encore ni rapporter, ni déterminer.

Chez les individus, atteints de changements psychiques nous

rencontrons souvent des changements de disposition, nés primitivement sans intervention de circonstances extérieures, sans que le stimulant émotionnel agisse.

Les changements de disposition sont accompagnés de déviations somatiques, qui se manifèstent aussi bien dans la sphère du système végétatif et du système de circulation et de respiration, que dans l'appareil tonomoteur. Aux origines de dites déviations il y a de corrélatifs déplacements biochimiques. L'auteur donne une attention particulière à la manière de réagir du tonus musculaire, qui est un récepteur sensible de tous les états émotionnels, et constitue un, dit — on, reflet de la vie affective. Même dans la vie des individus psychiquement bien portants, l'appareil moteur montre une conduite tres variée dépendamment de l'état émotionnel; chez les individus, atteints d'une maladie psychique de même organique fonctionelle, la dépendance se laisse facilement démontrer.

Les états neurotiques indépendamment de sources de leur origine, se caratérisent par une riche échelle des troubles du tonus. Ils se font voir dans le domaine du système de circulation, du système digestif, sexuel et dans la sphère de l'appareil moteur.

Z. Drochocki. **Le mécanisme de la réaction psychotique.**

L'intelligibilité psychologique c'est l'évidence des conséquences psychiques. Cette évidence n'a lieu qu'à condition que le phénomène que nous examinons soit: 1) typique, 2) individuellement ferme, 3) conclu dans l'expériment et la science de l'expérimentateur.

La dépendance de ces élements fait que l'intelligibilité psychologique perd sa valeur d'un criterium objectivement décisif. Ainsi tombe la définition de la psychose réactive comme psychologiquement intelligible réaction patologique contre l'émotion qui l'évoque.

La réaction psychotique — comme toute réaction psychique — n'est rien d'autre qu'une réponse individuelle de la structure psychique au changement des conditions de vie. Donc il est nécessaire qu'elle résulte des mécanismes préexistants, jamais de ceux qui sont déjà le produit de la maladie actuelle. Grâce à cette définition la pésanteur de la réaction psychotique est transposée de l'émotion évoquante sur l'individuelle structure psychique.

Et par conséquent ce n'est pas le rapport psychologiquement intelligible avec l'émotion évoquante qui atteste la réactivité de la dsychose, mais le fait quelle résulte d'un des mécanismes qui exi-

staient déjà avant la maladie. Les rapports des marques caractéristiques individuelles, dont je distingue trois éspèces selon leur stabilité, font la base de ces mécanismes: 1) accouplements: les rapports indissolubles, automatiques, indépendants de la situation, stipulés par la constitution ou hérédite; 2) unions: marques caractéristiques liées par la situation renouvelée dans la vie de l'individu, dont le rapport peut être rompu dans les conditions particulières; 3) liens de situation: peu durables, produits sans délai en proportion des conditions changeantes. Forment un appareil accomodateur le plus sensible, différentié.

Chaque homme possède un rapport de ces trois éspèces de liens, caractéristiques pour lui.

Dans la vie de l'individu se produisent ordinairement les rapports entre les accouplements et les unions. Les mécanismes produits de cette manière, grâce à leur stabilité, produisent la principale attitude remportative, individuelle. Ce n'est que par les appréciations de cette structure des accouplements et des unions qu'opèrent peu durables, produits sans délai, liens de situation.

Le choc qui frappe la structure psychique détruit surtout les mécanismes les plus différentiés, les plus jeunes de point d' ontogénétique. C'est pourquoi se produit au commencement: le désordre, et ensuite l'inhibition dans la naissance des liens de situation— et de même, la prépondérance des réactions automatiques, stéréotipiques et habituelles dans l'apareil des accouplement et des unions. Dans la phase suivante le quadre des accouplements et des unions subit la dissociation; les mécanismes des accouplements, les plus primitifs de point de vue ontogénétique, se dégagent. La vie psychique s'écoule sous le signe d'irrépoussable contrainte des mécanismes inés et non entravés. La réaction psychotique c'est la regression à la phase première du développement de l'individu.

G. Bychowski. **Le criminel à la lumière de la psychanalyse.**

L'auteur cherche à donner un aperçu des applications de la psychanalyse aux problèmes criminologiques. Il est naturel qu'une science qui creuse les profondeurs de l'âme jette une nouvelle lumière sur les actions humaines et leurs motifs. Aussi la théorie psychanalytique se laisse-t-elle appliquer aussi bien à l'activité criminelle qu' à toute autre.

L'auteur expose les points principaux de la théorie psychanalytique ayant trait à l'étude des délinquants, tels le développement

de la libido surtout dans ses phases dites prégénitales, le développement du moi et du sur-moi. Il souligne l'importance des conflits infantils avec l'ambiance et leur rôle déterminatif en ce qui concerne les réactions antisociales de toutes périodes de la vie.

Ainsi il apparaît avec toute évidence voulue que la structure des actions criminelles peut ressembler de toute pièce à celle des symptômes neurotiques telle quélle a été élucidée par la psychanalyse. Nous parlons alors de délinquants neurotiques, leurs actions criminelles se destinguant par certains traits particuliers. L'auteur expose quelques cas de la littérature qui on été soumis à une analyse soigneuse. Il s'appuie sur quelques types spéciaux tels le criminel par le sentiment de culpabilité, décrit par *Freud*.

L'importance de motifs cachés à la conscience du délinquant et masqués par une rationalisation plus ou moins plausible ne saurait être omise par l'expertise médico-légale. La constatation de la psychopathie comme fond mental d'une action criminelle est tout à fait insuffisante. L'auteur souligne des questions pratiques relevant de l'étude de la criminalité infantile et juvenile. La collaboration intime des facteurs innés dont on se plait à exagérer l'importance avec les influences du milieu nécessite une intervention précoce et énergique. Toutes les questions de prophylaxie de la criminalité en tant qu'elles ne sont pas d'ordre économique doivent être traitées sur cette base essentielle.

Suivent des remarques sur la psychologie de la peine et des facteurs qui représentent des sanctions sociales. La psychanalyse ouvre des perspectives nouvelles pour la réforme du droit pénal et de système pénitentiaire. Les grands problèmes de la résocialisation des dissociaux se posent d'une façon plus claire et plus rationnelle.

R. Markuszewicz. **Considérations sur „l'organisation phallique" de l'instinct sexuel.**

L'auteur soumet à une critique minutieuse l'hypothèse de *Freud* d'une „troisième organisation prégénitale de l'instinct sexuel infantile" dite „organisation phallique". Contemporaine à l'épanouissement de la sexualité infantile, c. à. d. lorsque l'enfant a de 3 à 5 ans, et formant le fondement biologique du complexe d'Oedype, l'organisation phallique joue un rôle important dans l'ensemble de théorie freudienne. L'auteur, analysant l'organisation phallique par rapport à la manifestation la plus distincte de la sexualité infantile—la curiosité sexuelle, démontre que *Freud* conçoit cette curio-

sité de façon hétérogène, notamment comme expression de l'organisation phallique et, à la fois, comme provenant de ce que l'éxistance de l'enfant est ménacée par la naissance d'un nouvel enfant. Puis l'auteur met à jour d'autres contradictions fondamentales dans la conception freudienne du complexe d'Oedype en tant qu'expression de l'organisation phallique, et démontre que le rattachement direct du complexe d'Oedype à cette organisation phallique mène en conséquence, à une conception de ce complexe, permettant de l'envisager comme génital. Or, une telle façon de le concevoir est essentiellement incompatible avec les différences fondamentales entre l'organisation sexuelle de l'enfant et de l'adulte. Examinent ensuite la solution du complexe d'Oedype du point de vue de l'organisation phallique et de la formation du complexe de castration, l'auteur, une fois de plus, démontre des contradictions dans la théorie do *Freud*. L'auteur conclut qu'il manque de faits imposant l'organisation phallique, cependant que l'ensemble des contradictions et des réserves d'ordre théorique porte à croire que cette hypothèse de *Freud* n'est fondée que sur des fantaisies secondaires de certains malades, ce qui d'ailleurs est acquis également par la propre expérience analytique de l'auteur.

Dr. J. Meissner. **Le probléme des psychoses des périodes préséniles et séniles.**

L'auteur conteste les criteriums qui servent comme base pour le diagnostie des psychoses de l'age présenile et sénile. De même les limites de ces périodes de la vie humaine ne peuvent pas etre précisées. L'auteur conclut que la délimination des psychoses involutives n'est pas fondée. Les partisans du concept des psychoses préséniles et séniles comme unités cliniques, doivent trouver des nouveaux criteriums, ceux employés jusqu'alors êtant inadmissibles.

L'auteur admet comme exception les psychoses dues à l'arteriosclérose qui ont une place propre dans le systéme clinique. Leur structure et leur décours étant très variables, elles méritent des recherches spéciales.

M. Kaczyński. **Les reflexes du menton chez les aliénés.**

L'auteur a examiné, chez 150 aliénés, les différents réflexes du menton décrits par *Flatau*, *Marinesco-Radovici* et *Simchowicz*, qui attribuent à ces réflexes une grande importance dans le diagnostic neurologique. Chaque malade a été examiné plusieurs fois; quelques-uns ont été examinés dans les différents états émotifs,

à l'état du sommeil physiologique, dans la narcose chloréthylique, et aprés l'injection de la strychnine. Chez 54 malades fut explorée la tension de leur sysième nerveux végétatif.

Conclusions: 1-o — les réflexes du menton sont assez fréquents chez les aliénés; 2-o — parmi les malades avec des réflecs du menton positifs, il y a des sujets amphotoniques, parasympaticotoniques et, le plus fréquement sympaticotoniques; 3-o — certains états émotifs font apparaitre ces réflexes; 4-o — le sommeil physiologique abolit le réflexe de *Marinesco-Radovici* dans les cas aigus de la démence précoce, mais ne l'inhibe pas dans les cas chroniques de la démence précoce et dans la P. G.; 5-o — la narcose chloréthylique produit l'abolition de tous ces réflexes; 6-o — les injections de la strychnine ne produisent aucun effet sur les reflexes du menton.

J. Nelken. **La schizophrénie moderée.**

Pour pouvoir observer les formes de la schizophrénie moderée ont peut utiliser deux méthodes: descendant depuis les formes de schizophrénie ordinaire à travers les psychopaties jusque'aux névroses ou bien en remontant depuis les névroses suspectes et les formes pschopatiques jusque'au symptomes de plus en plus nets psychopatiques. La voie habituelle qui conduit au diagnostic psychiatrique commence aux formes moins developpées pour aboutir aux formes moins nettes (*Bleuler*). Une autre voie, en partant de l'individu sain par la névrose légère, les réactions psychogénetiques et psychopatiques ainsi que par les psychonévroses durables aboutit aux formes „micropsychotiques" avec un ensemble peu marqué de symptômes psychotiques (*Rosenstein* et son école).

L'auteur decrit dans le premier groupe les trois formes de début de schizophrénie d'après *Schneider*, puis passe à l'étude de l'opinion de *Bleuler* sur la schizophrénie latente. De même il cite l'opinion de *Meyer-Gross* sur les troubles schizophreniques qui ressemblent à ceux observés au cours de névroses.

Dans le deuxième groupe l'auteur donne la description de la schizophrénie moderée d'après l'école de Moscou de *Rosenstein* et cite les travaux concernant les névroses de ce groupe. En dehors du groupe de névroses ou le syndrôme schizophrénique se manifeste nettement *Rosenstein* distingue un groupe qui se caractérise par des signes de névrose: la schizophrénie moderée serait donc masquée par la névrose.

Friedmann rapporte comme preuves du processus schizophrénique — à cotée des microsymptômes de nature certainement schi-

zophréniques les états psychopatiques et réactifs. *Mme Kamieniewa* insiste sur la longue durée, la lenteur du processus sans signes aigus, l'absence des signes speciallement psychotiques ainsi que sur la conservation de la personalité.

Il y a lieu de distinguer la forma moderée de schizophrénie de la forme des restes ainsi que des périodes prolongées initiales de la schizophrénie typique. L'abais sement de l'énergie et les modifications du caractère sont parfois les seuls signes qui parlent en faveur de la schizophrénie, La schizophrénie moderée ne se produit pas par suite de la dissociation du groupe schizophrénique mais par suite de la dissociation du groupe psychopatique, principalement du type asthénique. La specificité schizophrénique est cachée profondement et ne se traduit que par la nervosité ou par les irregulatités emotionelles, Ce qui la caractérise c'est la tendance au défaut psychique qui se développe avec une grande lenteur ainsi qu'avec l'absence des signes schizophréniques, la personalite étant complètement conservée, Les défauts intellectuels évidents sont rares — la schizophrénie moderée est en principe subjective. Les détails concernants la schizophrénie ne se révèlent que par les plaintes des malades, Les signes psychiques peu marqués se trouvent à la limite de la psychologie et de la caractérologie.

A l'examen physique on constate dans cette forme (*Goldenberg*): 1) le syndrome cardiovasculaire, 2) le syndrôme gastro-intistinale, 3) le syndrome subfébrile et 4) le syndrôme endocrino-vegétatif.

La schizophrénie moderée de *Rosenstein* constitue le point le plus avancé de toutes les conceptions, concernant la schizophrénie moderée, le point qui touche directement les névroses et les neuropathies.

Les conditions actuelles de la vie en Russie Soviêtique ont favorisé certainement l'étude de la schizophrénie moderée: d'une part les relations personelles entre l'individu et la vie sont plus tendues, ce qui excite la nevrosité de la population, d'autre part le réseau dense de l'hygiène psychique permet d'observer les traits délicats du caractère ainsi que les troubles nerveux.

Tandis que les auteurs de l'Europe Occidentale rapportent les signes schizoïdes comme ceux qui précedent l'éclosion de la schizoprénie, *Rosenstein* les place au pôle oppose, le plus éloigné de l'eclosion de la psychose, c'est à dire dans le groupe de symptômes diamétralement opposé du développement psychique de l'individu. Ces formes se caractérisent surtout par l'absence de la dissociation de la personalité ainsi par la tendance au défaut psychique, qui ne se developpe que très lentement.

SPIS RZECZY ZAWARTYCH W XXIV-tym ZESZYCIE.

RÉSUMÉS.

1. „Rocznik Psychjatryczny" wychodzi w nieregularnych odstępach czasu, w 3-ch zeszytach o łącznej objętości przynajmniej 30 arkuszy rocznie.

2. Każdy członek Pol. Tow. Psych. opłacając składkę członkowską i udział na wydawnictwo w sumie 36 zł. rocznie, otrzymuje „Rocznik Psychjatryczny".

3. Rękopisy pisane na maszynie, na jednej stronie arkusza, nadsyłać należy pod adresem redaktora, Warszawa, Matejki 6. m. 1. Prace są drukowane możliwie w kolejności ich złożenia w redakcji, jednak z dążnością do zachowania pewnej całości treści zeszytu. Prace, już drukowane w innych pismach, w „Roczniku" nie będą drukowane.

4. Autorowie winni dołączyć do swych prac streszczenie w języku francuskim; rozmiar streszczenia winien odpowiadać 1 stronie druku na 1 arkusz pracy oryginalnej.

5. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt wydawnictwa, większą liczbę odbitek mogą zamawiać za zwrotem kosztów.

6. Tablice i fotografje będą wykonane na koszt własny autorów.

Druk. J. Jankowski i S-ka. Warszawa. Zielna 20. Tel. 519-77.